



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre



3º Mestrado de Enfermagem em Gestão
de Unidades de Saúde / Orientador:
Professor Doutor Raul Cordeiro

RELATÓRIO DE ESTÁGIO FINAL

“RESPONSABILIDADE SOCIAL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE REABILITAÇÃO”

Autor: Maria Cristina Carochinho

Portalegre
Fevereiro 2015

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

3º Mestrado de Enfermagem em Gestão
de Unidades de Saúde / Orientador:
Professor Doutor Raul Cordeiro

RELATÓRIO DE ESTÁGIO FINAL

**“RESPONSABILIDADE SOCIAL DO ENFERMEIRO
ESPECIALISTA DE REABILITAÇÃO”**

Autor: Maria Cristina Carochinho

Portalegre
Fevereiro 2015

“Responsabilidade é o preço a pagar pelo direito de fazermos as nossas próprias escolhas. Responsabilidade é apenas outra palavra para designar oportunidade. E tornamo-nos ricos ou pobres para sempre conforme aproveitarmos ou deixarmos fugir a oportunidade.”

Alfred Montapert, in *“A Suprema Filosofia do Homem ”*

ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

ALERT - Processo clínico informatizado do doente

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVDs - Atividades de Vida Diárias

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS - Direcção Geral de Saúde

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ESO - European Stroke Organization

HESE - Hospital do Espírito Santo de Évora

INE - Instituto Nacional de Estatística

ISWP - Intercollegiate Stroke Working Party

MIF - Medida de Independência Funcional

OMS - Organização Mundial de Saúde

RFM - Reeducação Funcional Motora

RFR - Reeducação Funcional Respiratória

SAPE - Sistema de apoio a prática de enfermagem

SNS - Sistema Nacional de Saúde

VMNI - Ventilação Mecânica não Invasiva

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	8
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
2.1. RESPONSABILIDADE SOCIAL.....	13
2.2. ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	14
2.3. QUALIDADE EM SAÚDE.....	17
2.4. ALGUNS DADOS/ESTUDOS SOBRE A INTERVENÇÃO DE REABILITAÇÃO.....	19
3. ANÁLISE DO CONTEXTO	24
3.1. CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTAGIO FINAL	24
3.1.1. Reflexão crítica sobre o contexto	26
3.2. DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	27
4. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES	29
4.1. RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO-ALVO	29
4.2. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO/UTENTES	29
4.3. PROBLEMAS ESPECÍFICOS DA POPULAÇÃO-ALVO.....	33
5. DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS E ESTRATÉGIAS	37
5.1. OBJECTIVOS DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	37
5.2. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS/INTERVENÇÕES	38
5.3. DESCRIÇÃO/FUNDAMENTAÇÃO E ANÁLISE REFLEXIVA DAS INTERVENÇÕES	39
5.4. METODOLOGIA	44
5.5. CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA	47

5.6. CONTATOS A DESENVOLVER E DIVULGAÇÃO DO PROJETO	49
6. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	50
7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO.....	59
7.1. INDICADORES DE QUALIDADE	59
7.2. AVALIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE REABILITAÇÃO IMPLEMENTADOS.....	62
8. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS	64
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
ANEXOS	75
ANEXO I – Decreto de lei 437/91 - Artigo 7	
ANEXO II – Escalas de avaliação e registo de enfermagem de reabilitação	
ANEXO III – Mapa de movimentos de doente do serviço de Medicina I do HESE	

ÍNDICE DE TABELAS, FIGURAS E GRÁFICOS

TABELA Nº1 – Recursos humanos - Serviço de Medicina 1	25
TABELA Nº2 – Cronograma de atividades	48
FIGURA Nº1 – Distribuição dos utentes por sexo	30
FIGURA Nº2 – Distribuição dos utentes por idade	31
FIGURA Nº3 – Distribuição de utentes por patologia/idade.....	31
FIGURA Nº4 – Distribuição dos utentes por patologia	32
FIGURA Nº5 – Grau de Dependência nas AVDs (Índice de Barthel)- Antes da intervenção de reabilitação.....	33
FIGURA Nº6 – Medida de Independência Funcional - Antes da intervenção de reabilitação.....	34
FIGURA Nº7 – Risco de úlcera de pressão - Escala de Braden - Antes da intervenção de reabilitação.....	36
FIGURA Nº8 – Intervenções de enfermagem de reabilitação efetuadas - RFM	51
FIGURA Nº9 – Intervenções de enfermagem de reabilitação efetuadas - RFR	52
FIGURA Nº10 – Percentagem de utilização de produtos de apoio/ajudas técnicas	53
FIGURA Nº11 – Grau de dependência nas AVDs (Índice de Barthel) - Após intervenção de reabilitação	54
FIGURA Nº12 – Medida de Independência Funcional - Após intervenção de reabilitação.....	55
FIGURA Nº13 – Percentagem de casos com ganhos em capacidade para o autocuidado	56
FIGURA Nº14 – Risco de úlcera de pressão – Escala de Braden – Após da intervenção de reabilitação	57

1 – INTRODUÇÃO

A responsabilidade social diz respeito ao cumprimento dos deveres e obrigações dos indivíduos ou empresas para com a sociedade em geral (Lira, Marins, Fonseca & Coutinho, 2013).

O conjunto de mudanças sociodemográficas, assim como os desafios crescentes da sociedade (ex.: evolução tecnológica e melhoria das condições socioeconômicas), no que diz respeito à área da saúde são cada vez mais marcantes, fomentando várias alterações ao nível do Sistema Nacional de Saúde (SNS) e padrões de saúde, promovendo um aumento exponencial das expectativas e das exigências dos utentes, o que contribui para o aumento da responsabilidade social dos profissionais de saúde, com implicações a vários níveis, desde a prestação de cuidados gerais, cuidados especializados e na área de gestão.

Os profissionais de enfermagem em virtude das suas competências específicas e autonomia, possuem uma responsabilidade social acrescida na gestão da saúde humana procurando assegurar uma visão da qualidade em saúde, promovendo e assumindo práticas de melhoria contínua, atingindo as normas e critérios preconizados para os seus serviços.

Como nos refere Pereira (2011), a natureza multiprofissional e multidisciplinar da qualidade em saúde é influenciada positivamente pela qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, deste modo a enfermagem de reabilitação, sendo uma área da enfermagem que ocupa um papel fundamental na melhoria da saúde, prevenção da doença e da promoção da qualidade de vida, não pode ser alheia a este contexto, exigindo segundo a Ordem dos Enfermeiros (2002) reflexão sobre a prática para definir objetivos do serviço a prestar e delinear estratégias para os atingir.

A reabilitação, além de uma disciplina é a prova de um espírito particular, o do benefício sentido pelo futuro da pessoa, mesmo quando a cura ou o restauro do seu corpo deixam de ser possíveis. Esta atenção pelo outro não pode ser confundida com a ajuda que se presta a um indivíduo indiferenciado, é uma atenção particular, exigido pela singularidade da

existência de determinada pessoa. Hesbeen (2010) menciona que os cuidados individualizados não são sinónimo de cuidados personalizados, estes encorajam os profissionais a um olhar mais perspicaz, não reduzindo a visão que têm da pessoa, apenas ao que o seu corpo ou as suas características deixam ver. Incitam à simplicidade para afastar, ou pelo menos debelar, o risco de confusão entre os desejos de quem recebe cuidados e os de quem os presta.

A reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende assim um conjunto de conhecimentos e atos singulares que permitem ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com sequelas, procurando maximizar o seu potencial funcional e de independência (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

Apesar de atualmente os enfermeiros especialistas de reabilitação desenvolverem atividades que abrangem diferentes áreas: prestação de cuidados diretos ao utente, gestão, formação e investigação, esta diversificação de funções e papéis desempenhados não se reflete na imagem da profissão, encontrando-se muitas vezes subvalorizada (Serra, 2007).

Os constrangimentos financeiros ao quais o sector da saúde esta sujeito, faz com que estes profissionais nem sempre sejam devidamente rentabilizados. Por outro lado, os dados globais sobre a necessidade de serviços de reabilitação, o tipo e a qualidade das medidas previstas, e as estimativas de necessidades não satisfeitas, não existem, ou são muitas vezes incompletos e fragmentados (World Health Organization, 2011).

Esta falta de definição de uma política de recursos humanos assim como a falta de definição do papel do enfermeiro especialista de reabilitação e a sua relevância, dentro da equipa de enfermagem, das equipas multidisciplinares de saúde e dos responsáveis e gestores dos serviços, constitui um grande desafio para o futuro da enfermagem em geral, e da enfermagem de reabilitação em particular (Cruz, 2008).

A proximidade junto das pessoas com necessidades nesta área, e o seu papel imprescindível e preponderante nas equipas de saúde, fazem do enfermeiro de reabilitação um profissional “pivot” para conceber, implementar e gerir os programas e as técnicas mais adequadas à prevenção e ao processo global de recuperação funcional. Neste contexto só é possível falar em boas práticas, cuidados adequados, ganhos em saúde, rentabilização de recursos, enfim, qualidade de cuidados, se as pessoas tiverem acesso a estes profissionais,

cujas intervenções permitem maximizar o seu potencial funcional e a sua independência, através de posicionamentos correctos no leito, a mobilizações, os levantes e as transferências, a deambulação, os treinos de Actividades de Vida Diárias (AVDs), a cinesioterapia respiratória, a adequação e o treino com os produtos de apoio/ajudas técnicas, o ensino para a alta, a integração no domicílio e na profissão, entre outras.

Para progredir em enfermagem, e em particular na área de reabilitação, é crucial assentar prática na fundamentação teórica e recorrer à perícia e perspicácia na sua articulação, de forma a evidenciar junto dos decisores, aos diferentes níveis de gestão, o impacto na saúde e bem-estar dos cidadãos. Progredir na profissão exige que o enfermeiro tenha uma atitude proactiva, que promova cuidados de qualidade, participe no desenvolvimento de outras pessoas e sempre que possível acrescente algo à base de conhecimento público para a compreensão da profissão. Esta atitude requer consciencialização por parte do enfermeiro especialista no sentido da partilha do saber, enquanto contributo para o conhecimento público e compreensão da enfermagem através da investigação, publicação e disseminação de conhecimento.

A co-responsabilidade da enfermagem de reabilitação em gerar e sustentar as suas práticas, na prevenção, promoção da saúde e na reabilitação e integração do utente na sociedade, promovendo o auto-cuidado, a autonomia, o bem-estar e a qualidade de vida, permite motivar os profissionais a adotar métodos de aprendizagem e estratégias que proporcionem a cooperação, o consenso, a reflexão, a adaptação, a mudança, a diversidade e o imprevisto. Estes desafios são o principal fator motivacional da enfermagem na atualidade, traduzindo-se numa cada vez maior ligação entre os enfermeiros e a sociedade e conferindo-lhes uma maior responsabilidade para com a mesma.

No seguimento desta problemática atual pretendeu-se **compreender a responsabilidade social do enfermeiro especialista de reabilitação através dos resultados das suas intervenções na melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência/incapacidade.**

Para tal, foi elaborado anteriormente o projeto de estágio, cujo objetivo fundamental é permitir ao aluno delinear os objetivos pessoais que pretende ver atingidos ao longo do estágio de modo a tornar o aluno responsável pela aprendizagem a desenvolver, dar a conhecer o local onde decorre o estágio, assim como fomentar competências avançadas e

conhecimentos científicos no domínio da gestão de unidades de saúde. Com o projeto de estágio anteriormente elaborado, pretendi explicitar as competências que me propus a desenvolver durante o estágio final, planeando as atividades a desenvolver, com o intuito de complementar o meu percurso de aprendizagem, adquirindo novos conhecimentos e competências na área da gestão da saúde humana. Procurei também com a realização deste estágio final, divulgar os resultados do trabalho da equipa de enfermagem de reabilitação, junto dos dirigentes da organização e comunidade realçando a responsabilidade social do enfermeiro especialista de reabilitação e a sua importância na melhoria da qualidade de vida, consolidação dos direitos sociais e afirmação do grupo das pessoas com deficiência/incapacidade.

Neste contexto, de modo a efectuar a ligação entre a prática e os conhecimentos adquiridos, bem como relacionar os objectivos com as atividades desenvolvidas durante o estágio final e proceder a uma análise crítica e auto-reflexiva face às mesmas, surge a elaboração do presente relatório de estágio. Como refere Santos (2003), o relatório constitui um documento altamente formativo, que nos permite um olhar retrospectivo, permitindo uma autocritica e auto-apreciação do trabalho desenvolvido, de forma a estabelecer uma comparação entre os resultados desejados e obtidos.

Com o objectivo de seguir esta linha de pensamento, pretendo que, o actual relatório seja um instrumento escrito, no qual descrevo de forma critico-reflexiva, as atividades desenvolvidas, os factos e experiências ocorridos e vivenciados, a efectivação dos objectivos delineados, as competências adquiridas durante o estágio final e a respectiva avaliação da execução global do projecto de estágio.

O presente relatório teve como horizonte temporal o 3º semestre do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem em que se desenvolveu um estágio profissional que decorreu no seguinte período:

- Estágio final de 1 março de 2014 a 30 junho de 2014 – Hospital do Espírito Santo em Évora no Serviço de Medicina I.

O **objetivo geral** deste estágio final, de acordo com o plano de estudos desta formação, é desenvolver competências científicas, técnicas, humanas e culturais, que permitam compreender a responsabilidade social do enfermeiro especialista em reabilitação, através da

análise dos resultados das suas intervenções, utilizando indicadores de qualidade e identificando as melhorias na qualidade de vida e a promoção da prevenção da incapacidade/deficiência e a reabilitação da pessoa na comunidade envolvente.

O presente relatório surge no âmbito do plano de estudos do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem em Gestão de Unidades de Saúde, ano letivo de 2012/2013, do Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde de Portalegre, com o intuito de descrever objectivamente os factos, acontecimentos e actividades de acordo com o desenho do projecto e avaliar a exequibilidade do projecto e encontra-se estruturado da seguinte forma: uma primeira parte, na qual se realiza o enquadramento conceptual do tema abordado e posteriormente é elaborada a respectiva análise do contexto onde se realizará o estágio final, que inclui a caracterização do ambiente, dos recursos materiais e humanos e a descrição e fundamentação do processo de aquisição de competências. A análise da população constitui a terceira parte do relatório, incluindo a caracterização geral, as necessidades específicas da população-alvo, o recrutamento da população-alvo e alguns dados/estudos sobre a intervenção de reabilitação. Na quarta parte apresenta-se os objetivos das intervenções e os objetivos a atingir, a análise reflexiva sobre as intervenções, que envolve a fundamentação, as metodologias utilizadas, as estratégias acionadas, e o cumprimento do cronograma. A quinta parte é dedicada a análise e verificação dos resultados, seguindo-se uma sexta-parte que engloba a definição de indicadores e respectiva avaliação e controlo. A análise reflexiva sobre as competências mobilizadas e adquiridas, compõem a sétima parte do presente relatório. Por último, perante a análise global do presente relatório são apresentadas algumas considerações finais.

O presente trabalho está organizado de acordo com o regulamento de estágio de natureza profissional e foi realizado segundo normas de elaboração e apresentação de trabalhos escritos em vigor na Escola Superior de Saúde de Portalegre.

2 – ENQUADRAMENTO TEORICO

2.1– RESPONSABILIDADE SOCIAL

A “Responsabilidade Social” é segundo Gomes & Moretti (2007), um conceito com vários significados: pode ser definida segundo Cardoso & Ashley (2002), como compromisso que uma organização deve ter para com a sociedade, expresso por meio de atos e atitudes que a afetem positivamente, agindo proactivamente e coerentemente no que toca ao seu papel específico na sociedade e na sua prestação de contas para com ela, ou simplesmente a ideia de obrigação legal ou um comportamento responsável no sentido ético (Gomes & Moretti, 2007).

Alguns sociólogos entendem a responsabilidade social como a forma de retribuir alguém, por algo alcançado ou permitido, modificando hábitos e costumes ou perfil do sujeito ou local que recebe o impacto, procurando aumentar e igualar o acesso a serviços básicos e essenciais, como os de saúde (Lira, et al., 2013). Pode ser ainda entendida, como um compromisso de um indivíduo perante o desenvolvimento da sociedade e pelo seu bem-estar, expresso pelos seus valores e atitudes.

As condições de vida e saúde da população são responsabilidade de todos os segmentos sociais, incluindo as autoridades públicas, os políticos, os movimentos sociais e os profissionais de saúde entre os quais se encontram os enfermeiros (Trentini, Paim & Vasquez, 2011). De acordo com a carta de intenções de Ottawa, a promoção da saúde sustenta-se no processo de capacitação da comunidade para atuar na sua qualidade de vida e saúde, além disso, engloba a combinação de estratégias em defesa da saúde. Trentini, et al., (2011) acrescenta que se o sujeito for considerado como parte de uma rede, o profissional de saúde poderia constituir um intermediário de uma grande cadeia de cuidados e deste modo contribuir para a promoção da saúde.

No que respeita à saúde a Ordem dos Enfermeiros (2011b) afirma que a responsabilidade social para a saúde é reflectida nas acções dos responsáveis da tomada de decisão tanto do sector público como do privado, para estabelecer políticas e práticas que promovam e protejam a saúde.

As políticas e práticas aplicadas pelos sectores público e privado devem evitar prejudicar a saúde dos indivíduos, proteger o ambiente e assegurar o uso sustentável dos recursos; restringir a produção e comércio de produtos e substâncias prejudiciais e desencorajar as práticas comerciais nocivas para a saúde, proteger o cidadão no mercado e o indivíduo no local de trabalho, incluir avaliações de impacto sobre a saúde centradas na equidade como parte integrante do desenvolvimento de políticas, reconhecer direitos e deveres questionando as mudanças que ocorrem na realidade social; criticar e rever as funções em nome da redefinição dos vários papéis face às exigências sociais e da assistência que presta a pessoas, famílias e comunidades; participar em programas e planos que possibilitem a saúde para todos ao mais alto nível e manifestar atitudes que revelem responsabilidades, como membros da equipe de saúde com o objectivo de atingir ganhos ao nível da saúde da população (Ordem dos Enfermeiros, 2011b).

2.2– ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

A definição das competências do enfermeiro especialista tem por base os domínios considerados na definição das competências do enfermeiro de cuidados gerais. Neste sentido, o conjunto de competências clínicas especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 1996: 3), o enfermeiro especialista está:

“ Habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”.

Para a Ordem dos Enfermeiros (2010: 2), o enfermeiro especialista possui:

“ Um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzido num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. ”

A intervenção do enfermeiro especialista compromete-o a exercer a sua profissão com adequados conhecimentos científicos e técnicos, adotando todas as medidas que visam melhorar a qualidade de cuidados e dos serviços de enfermagem (Romão, Dias & Cordeiro, 2006). O enfermeiro especialista assume ainda de acordo com estes autores um papel importante de referência no seio das equipas de trabalho, através do reconhecimento das suas valências, tornando-o um profissional indispensável. Independentemente da sua área de especialização, os enfermeiros especialistas partilham quatro domínios de competências comuns: a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

A certificação de competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidade e habilidade que mobiliza em contexto da prática clínica e que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo alvo, atuar em todos os contextos de vida das pessoas e em todos os níveis de prevenção (Ordem dos Enfermeiros, 2010). No que diz respeito às competências específicas para o enfermeiro especialista, a Ordem dos Enfermeiros em 2010 estabeleceu o conteúdo funcional descrito no artigo 7º do Decreto de Lei 437/91, diploma que estabeleceu o regime legal da carreira de enfermagem (Anexo I).

Neste sentido, o enfermeiro especialista de reabilitação, segundo Menoita (2012), possui uma responsabilidade acrescida no acompanhamento da pessoa e família, bem como na adaptação do meio/pessoa, no apoio psicológico e na procura e adoção de mecanismos de coping.

Ventura (2002) citado por Menoita, (2012: 21) refere que esta capacidade de:

“... minimizar a incapacidade do doente através de um permanente estímulo à auto-confiança, tendo em vista uma adaptação futura, em que o indivíduo é auxiliado a ajustar-se à sua deficiência, desenvolvendo novas capacidades, utilizando os seus recursos e aprendendo a viver com incapacidade...”.

coloca no enfermeiro de reabilitação, uma mais valia na avaliação e na melhoria de resultados, otimizando a capacidade funcional, promovendo o coping efetivo e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e consolidação dos direitos sociais e afirmação do grupo das pessoas com deficiência/incapacidade como um forte potencial social, económico e cultural.

A maioria dos autores pesquisados, entende a reabilitação como um processo dinâmico, orientado para a saúde, com objectivos bem definidos, entre eles, auxiliar o utente a atingir o seu maior nível possível de autonomia e independência, promover e incentivar o autocuidado, através de orientações e treino de situações, preparando, deste modo a pessoa para a sua integração no ambiente familiar, na comunidade e na sociedade. Os programas de reabilitação incluindo o treino pelo exercício, melhoram entre outros a sintomatologia, reduzem a incapacidade, melhoram a qualidade de vida e promovem a adaptação e reintegração social dos utentes.

Para o Colégio da Especialidade de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2010), o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação, maximizando o potencial da pessoa. A sua intervenção visa promover o diagnóstico precoce e acções preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos utentes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas AVDs, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) nomeadamente, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades.

O enfermeiro especialista de reabilitação deve contemplar ainda para além da sua formação, talento, criatividade e perseverança, pois estes são fundamentais para não desistir ou desanimar no decurso do projecto de reabilitar o ser humano.

Os cuidados de enfermagem de reabilitação ao seguirem uma perspectiva holística adquirem, significados cada vez mais complexos, na medida em que requerem mais competências, perspicácia, cautela e maturidade na atenção particular dispensada ao utente e família.

Para isso, serve-se de técnicas específicas de reabilitação que intercedem particularmente na educação e optimização das capacidades do utente e conviventes significativos, planeamento da alta, continuidade dos cuidados e reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida (Ordem

dos Enfermeiros, 2010). As intervenções do enfermeiro especialista em reabilitação estão centradas no utente, sensíveis a prática autónoma de enfermagem e conducente a ganhos em saúde e optimização de custos.

A reabilitação é assim, uma intervenção terapêutica global e multidisciplinar podendo e devendo englobar diversos profissionais e permitindo desenvolver diversos papéis no seio das equipas de saúde, como a formação dos seus pares no sentido de ensinar, exemplificando determinadas intervenções no foro da reabilitação, objectivando-as sempre, como forma de assegurar a continuidade dos cuidados pelos enfermeiros generalistas, tornando-os assim, participantes no processo de reabilitação do utente quer na coordenação das equipas e ainda no trinómio paciente/família e comunidade.

“(...) o processo de reabilitação, para além da pessoa que recebe cuidados e da sua família, recorre a inúmeros intervenientes, a diversos profissionais. Todos eles, no lugar que ocupam e com a sua profissão ou actividade, contribuem para a cultura da reabilitação, nas instituições ou serviços especializados (...) o espírito da reabilitação para além de omnipresente, deve ser cultivado por todos os membros da equipa. É pois conveniente sensibilizá-la.” (Hesbeen, 2003: 63)

2.3– A QUALIDADE EM SAÚDE

A qualidade em saúde como conceito já percorreu um longo caminho até chegar aos nossos dias, constituindo, um poderoso instrumento para fazer melhor, com mais eficiência e sobretudo com mais segurança.

Estamos na era da qualidade, em que o cidadão cada vez mais exige a todos os serviços de saúde e aos seus profissionais, de uma forma particular aos enfermeiros, a excelência da sua performance global, do mesmo modo em que os governos adoptam políticas que cada vez mais exigem um nível elevado de qualidade procurando minimizar os seus custos. A realidade é que a qualidade dos cuidados de saúde é uma responsabilidade crescente, deixando de ser uma opção, passando a ser uma obrigação legal, como refere a Ordem dos Enfermeiros (2001: 15), no seu enunciado descritivo relativo à organização dos cuidados de enfermagem, nos quais deve existir “ ... procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem”. Deste modo, o exercício profissional dos enfermeiros não pode ser negligenciado ou deixado invisível nos esforços para obter qualidade em saúde, pelo que a promoção e implementação de programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem revela-se, para

a Ordem dos Enfermeiros, como associação profissional da área da saúde, uma acção prioritária, na procura permanente da excelência no exercício profissional.

Analisando ainda, os objectivos do Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (Direcção Geral de Saúde, 2012), para a sedimentação de uma cultura de melhoria contínua da qualidade, verificou-se ainda que subsiste uma variabilidade preocupante na prática médica, problemas de acesso, de continuidade de cuidados, atrasos na implementação de boas práticas, negligências com impacte mediático e na saúde dos utentes, um défice de cultura de avaliação e de monitorização e uma ampla margem de melhoria dos cuidados que hoje prestamos aos nossos utentes.

No que diz respeito à qualidade, este plano aponta como determinantes para a qualidade em saúde, a formação pós-graduada, a investigação clínica, o estabelecimento de padrões de qualidade, a monitorização e definição de indicadores e a avaliação interna e externa, com posterior comparação entre prestadores. A necessidade de implementar sistemas de qualidade em saúde está formalmente assumida por instâncias internacionais como a Organização Mundial de Saúde e o Conselho Internacional de Enfermeiros, assim como, por organismos nacionais. Por outro lado, considera-se prioritário a implementação de sistemas de qualidade em saúde, assumindo o Conselho de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2002: 5) o papel de conciliar “esforços tendentes à definição estratégica de um caminho que vise a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. A qualidade exige reflexão sobre a prática – para definir objectivos do serviço a prestar, delinear estratégias para os atingir”, cabendo às instituições de saúde o papel de criar as condições, adequando os recursos e criando as estruturas, que promovam o exercício profissional de enfermagem de qualidade.

Neste sentido a enfermagem de reabilitação, numa perspectiva de melhoria continua, não deve ser indiferente a este contexto, devendo incansavelmente fazer emergir os elementos determinantes da qualidade dos seus cuidados. Relativamente ao papel do profissional especializado na área da reabilitação na gestão de cuidados de enfermagem, Rocha (2011), destaca nesta atividade o esforço para obter a melhor rentabilização dos recursos disponíveis, através da monitorização e implementação dos programas de redução do risco, optimização da função e reeducação funcional, avaliação e introdução no processo de prestação de cuidados, dos necessários ajustamentos e promoção de práticas mais seguras e mais eficazes, ao nível da

peessoa, da família, da instituição e da sociedade. Pelo que é fundamental que as organizações de saúde promovam o seu exercício no seio das equipas garantindo assim a satisfação do utente e assegurando a prestação de boas práticas, constituindo este aspecto um importante valor em termos de ganhos em qualidade em saúde (Rocha, 2011).

Ainda segundo este autor, sempre que o enfermeiro especialista de reabilitação, gerir cuidados, por exemplo, a pessoas acamadas (num hospital ou em casa), estas serão mais e melhor movimentadas, as pessoas estarão internadas menos tempo, terão menos dores, menos úlceras de pressão, menos quedas, menos pneumonias, e seguramente terão alta com um maior nível de independência, mais apoiados na continuidade do seu programa de recuperação e mais satisfeitas com os cuidados que lhe foram prestados. Não basta criar serviços e estruturas vocacionadas para a recuperação funcional das pessoas (Unidades de AVC, Cuidados continuados...), é imperioso que se desenvolvam esforços no sentido de as dotar com enfermeiros especialistas de reabilitação, em número suficiente e organização adequada para garantir as melhores práticas de reabilitação e obter os resultados em saúde que tardam em chegar (Rocha, 2011).

2.4 – ALGUNS DADOS/ESTUDOS SOBRE A INTERVENÇÃO DE REABILITAÇÃO

Neste capítulo serão descritos alguns dados/estudos que revelam a importância da intervenção do enfermeiro de reabilitação.

Relativamente às alterações neurológicas, e analisando a mais recente informação disponibilizada pela European Stroke Organization (ESO), no seu website oficial, os défices que se observam mais frequentemente após um AVC (Acidente Vascular Cerebral), são:

- Hemiparesia (70-80% dos casos),
- Dificuldade de locomoção (70-80%),
- Défices de percepção visual (60-75%),
- Disartria (55%),
- Depressão (40%),
- Afasia (20-35%),
- Disfagia (15-35%),
- Alterações da memória recente (10-20%).

Perante estes dados verificamos que o AVC além de ser responsável por uma elevada taxa de mortalidade é também responsável por muitas situações de incapacidade prolongada, em todo o mundo. Segundo Menoita, (2012), a celeridade da atenção e especificidade dos cuidados prestados por especialistas em reabilitação permitem observar ganhos substancialmente importantes no que respeita às capacidades funcionais da pessoa com AVC. A World Health Organization (2006), acrescenta ainda que a reabilitação do doente com AVC visa a restauração da condição física, mental e social prévia à doença, pelo que, para tal é de extrema importância iniciar a reabilitação o mais precocemente possível.

Esta opinião é defendida também por vários autores, Teixeira-Salmela, et al., (2003), menciona que caso não seja possível realizar uma reabilitação activa precoce, deve realizar-se uma reabilitação passiva, minimizando os riscos resultantes da imobilidade, pois constituem complicações que podem diminuir o potencial de recuperação do indivíduo. Duncan (2005), considera que a reabilitação deve ser precoce e intensiva, para que se obtenham benefícios funcionais e logo que a situação clínica do doente se estabilize, devem desenvolver-se esforços que visem a sua recuperação funcional. Estas opiniões são também apoiadas por vários estudos, Entre eles destaco o realizado por Marques (2012), que conclui que a reabilitação na fase aguda dos participantes da amostra influenciou significativamente a independência funcional dos participantes, mais propriamente ao nível do autocuidado, mobilidade e locomoção; o realizado por Benvegnu, Gomes & Souza (2008), em que foi avaliada a evolução da independência funcional de indivíduos com AVC na realização de actividades da vida diária, submetidos a tratamento fitoterapêutico na fase hospitalar concluindo que houve diferença significativa entre o score inicial e final, sendo que os itens “autocuidados”, “locomoção” e “comunicação” foram os que apresentaram maior evolução; o realizado por Cerveira (2011), que elaborou um estudo sobre a independência funcional nos doentes com AVC, com uma amostra de 105 indivíduos, tendo concluído que as variáveis tipo de AVC/hemisfério afetado e a continuidade com reabilitação, revelaram-se muito significativas na recuperação funcional; e também Coelho (2011), que apresentou um estudo sobre determinantes da capacidade funcional do doente após AVC, com uma amostra de 61 indivíduos, concluindo que as variáveis com influência significativa na capacidade funcional foram o sexo, a idade, tipo e localização do AVC, tempo de internamento, presença de fatores de risco e realização de programa de reabilitação.

Conclui-se assim, que a implementação de programas de reabilitação precocemente, assim como a sua continuidade, têm uma influência positiva na melhoria da independência funcional dos utentes, em todas as suas dimensões.

As patologias do foro respiratório têm nos últimos anos, verificado um acréscimo por todo o mundo, tendência que também se verifica em Portugal, como podemos comprovar pelo aumento do número de internamentos hospitalares que delas decorrem. Segundo o relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (2009) os internamentos hospitalares por doenças do foro respiratório têm vindo a aumentar, assim como já constituem a terceira causa de morte, de acordo com a informação divulgada pelo Instituto Nacional de Estatística (INE, 2012). Bárbara (2006), acrescenta ainda, que estas são as principais responsáveis pela perda de qualidade de vida, abstenção laboral e custos económicos agravados. Esta realidade deve-se segundo o Observatório Nacional de Doenças Respiratórias (2011), aos atuais hábitos de vida e condições que estão instaladas nos meios habitacionais, com especial destaque para as grandes cidades.

A reabilitação pulmonar é cada vez mais considerada uma componente importante do tratamento abrangente das pessoas com patologia respiratória e surge atualmente como uma “medida terapêutica” adjuvante quer na prevenção quer no tratamento de doenças do foro médico e cirúrgico (Heitor, 1998). A mesma autora acrescenta que, as indicações clínicas da RFR são muito vastas, podendo ser aplicadas como adjuvante terapêutico quer na prevenção quer no tratamento de várias situações do foro médico e cirúrgico. A atuação deverá ser preferencialmente profilática, pelo que o início atempado das sessões é primordial na prevenção de complicações e otimização da função respiratória.

Magalhães (2009) e Puhon, Scharplatz, Troosters & Steurer (2005), através do recurso à revisão sistemática da literatura trazem à evidência que o processo de cuidados de enfermagem com recurso a programa de reabilitação respiratória, nos doentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), tem efectividade, reduzindo o risco de internamento por exacerbação de sintomas.

A reabilitação respiratória, incluindo o treino pelo exercício, tem trazido à evidência que melhora a sintomatologia, reduz a incapacidade, melhora a qualidade de vida e promove a adaptação e reintegração social dos doentes, como demonstram Corhay, et al., (2012) em doentes idosos com doença obstrutiva grave e muito grave. Oh & Seo (2007) salientam ainda,

que a reabilitação respiratória contribui para uma economia substancial dos custos de saúde por redução dos tempos de internamento e do número de hospitalizações das pessoas com doença respiratória crónica.

Relativamente à imobilidade, Chadwick (2010) refere que esta é um dos mais comuns e sérios problemas na população, podendo ser definida segundo a Ordem dos enfermeiros (2009: 80-81) como “(...) restrição prescrita ou inevitável de movimento em qualquer aspeto da vida da pessoa e não de reduções transitórias de mobilidade que ocorram em pessoas normalmente saudáveis.”

As consequências da imobilidade apresentam-se como algo severo, rápido e de difícil reversão, podendo incidir em quatro áreas distintas: física, emocional, intelectual e social, representando também estas, possíveis causas da imobilidade. Um conjunto de alterações funcionais e/ou bioquímicas, que esta síndrome engloba pode manifestar-se por vários sinais e sintomas característicos, durante um período prolongado e que podem afetar os sistemas: músculo-esquelético, gastrointestinal, urinário, cardiovascular, respiratório e tegumentar, repercutindo-se também sobre o equilíbrio psicossocial (Monahan, Sands, Neighbors, Marek & Green 2009), sendo, encarada como um dos principais fatores de atraso na recuperação do doente (Ordem dos Enfermeiros, 2009). Além das alterações anteriormente referidas, o estado da mobilidade tem uma grande influência na qualidade de vida.

No que diz respeito à prevenção de complicações, Santos, Oliveira & Silveira, (2010) demonstram que uma boa prática na intervenção de enfermagem é caracterizada pelo desenvolvimento de atividades que maximizem e promovam o movimento, o mais precocemente possível, junto do doente e, de acordo com as suas limitações. Constituindo assim um passo importante para que a atuação multiprofissional promova a qualidade dos cuidados. Os enfermeiros deverão interpretar a situação do utente e estar a par das consequências da imobilidade para poderem participar ativamente na educação da população e prevenção das complicações. Nesse sentido, a prevenção parece ser a fórmula mais efetiva para combater tais complicações, através da diminuição do período de imobilidade, mobilizar tudo o que for mobilizável e utilizar todos os meios de luta contra a imobilidade dos vários sistemas corporais. Profissionais que avaliem os riscos efetivos e identifiquem os equipamentos de ajuda adequados podem promover a independência e reduzir o risco de complicações nos doentes (Santos, et al., 2010). Branco (2012), acrescenta ainda que a

prevenção e tratamento das consequências da doença e do traumatismo, como por exemplo, da imobilização, das lesões cerebrais e da dor, proporcionam muitos benefícios, implicando não só a obtenção de uma melhoria da qualidade de vida do doente, como trás ainda benefícios em termos de economia da saúde, uma vez que se reduzem os gastos do tratamento destas complicações.

Relativamente aos aspectos económicos, há provas que a prestação de cuidados de reabilitação, pode ser menos dispendioso que a sua não prestação (Intercollegiate Stroke Working Party (ISWP), (2004) citado por Branco (2012). Esta autora acrescenta que, os seus custos são frequentemente iguais ou inferiores aos que seriam assumidos pelos serviços de saúde, caso não se proporcionassem tais serviços. Branco (2012) citando (Turner-Stokes, Nyein & Halliwell, 1999) refere que esta situação tem um efeito direto sobre a provisão dos cuidados, período de vida laboral e pensões. Num estudo realizado por Melin & Fugl-Meyer (2003) a reabilitação demonstrou ser eficaz não só na potenciação da funcionalidade do indivíduo e da sua independência, assim como na redução dos custos da dependência. Estes autores demonstraram no seu estudo, que o dinheiro despendido na reabilitação é recuperado, calculando se níveis até 17 vezes mais económicos.

Quanto aos instrumentos de avaliação utilizados, para facilitar o processo de planeamento e permitir avaliar os resultados do trabalho de enfermagem de reabilitação: Num estudo realizado por Pinho, Fagundes & Uesugui, (2011), conclui-se que a análise do perfil dos idosos e de seus cuidadores, bem como o grau de dependência dos idosos, através da aplicação de instrumentos de avaliação como: Índice de Lawton, Katz e Barthel, podem contribuir para o delineamento de propostas de intervenção baseadas nas reais necessidades do grupo estudado.

Em relação à Medida de Independência Funcional (MIF), esta é, na opinião de Hoeman (2000) a escala que mais se utiliza em reabilitação. A avaliação da independência/dependência funcional, permite o acompanhamento da evolução do utente no seu processo de reabilitação, visando um ajustamento das intervenções terapêuticas e a verificação da velocidade de ganhos até que se estabeleça uma redução da aquisição de melhoras (Greve, 2007).

3 - ANÁLISE DO CONTEXTO

3.1 – CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL

Conhecer o espaço físico do serviço, assim como a equipa multidisciplinar que o constitui, é fundamental para compreender o contexto no qual decorreu o estágio final, assim como, um aspeto relevante a descrever na elaboração do respetivo relatório. Seguidamente efetuarei uma breve descrição do espaço físico e da equipa multidisciplinar, obtidas através da minha observação direta, uma vez que é o serviço onde me encontro a exercer funções profissionalmente.

A operacionalização do estágio final decorreu no Serviço de Medicina I do Hospital do Espírito Santo de Évora, no período de 1 março a 30 junho de 2014.

O Serviço de Medicina I do Hospital do Espírito Santo de Évora, fica situado no edifício do Patrocínio, este serviço tem uma lotação de 29 camas distribuídas por 9 quartos de 3 camas e 2 quartos de uma cama com casa de banho privativa, designados como quartos de isolamento. Os quartos de isolamento, são destinados a utentes imunodeprimidos e utentes portadores de patologias infecto-contagiosas. Cada quarto do presente serviço encontra-se equipado com camas articuladas, campainhas e armários, onde os utentes podem guardar os seus pertences, como beneficiar de serviço de televisão. As instalações do Serviço de Medicina I encontram-se ainda dotadas de um gabinete para a enfermeira chefe, gabinete administrativo, gabinete de enfermagem e gabinete médico. As instalações embora adaptadas, dispõem de diversas áreas de apoio: sala de trabalho, sala de sujos, sala de estar e refeitório para os utentes, copa, sala de tratamentos, sala de roupa, arrecadações e instalações sanitárias para utentes e funcionários.

Este serviço encontra-se também munido com diversos equipamentos úteis e

indispensáveis para a prestação de cuidados especializados em reabilitação tais como: meios auxiliares de marcha, elevador, colchões de alto risco para prevenção de úlceras de pressão, almofadas de gel, bastão, ventilador VMNI (ventilação mecânica não invasiva), cintos para apoio nas transferências, tábua de transferência, mesa de apoio, entre outros.

Os recursos humanos afetos ao Serviço de Medicina I encontram-se distribuídos de acordo com a seguinte tabela:

Tabela nº 1 - Recursos humanos – Serviço de Medicina I

Categorias	Nº de elementos
Médico Diretor de Serviço	1
Médicos de Medicina Interna	8
Enfermeiro Chefe	1
Enfermeiros	22
Assistente Administrativo	1
Assistentes Operacionais	14
Técnicas de Assistência Social	2
Fisioterapeutas	2
Enfermeiros Especialistas de Reabilitação	2
Enfermeiro Especialista de Médico-Cirúrgica	1

Existem, no entanto, outros técnicos que colaboram direta ou indiretamente com a equipa, nomeadamente uma Animadora Sociocultural, uma Psicóloga, uma Nutricionista, Técnicos de Análises e Médicos de outras especialidades quando requeridos.

Para organizar as atividades de enfermagem de modo a responder às necessidades dos utentes, o método de trabalho implementado, consiste no método de enfermeiro responsável. A esta organização está associado a operacionalização do Quadro de Referências de Enfermagem preconizado para o hospital, o que implica a planificação de cuidados, como

classificação de doentes baseados nos níveis de dependência de cuidados de enfermagem e registos em suporte informático na aplicação SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem). Os registos de enfermagem são efetuados informaticamente, através do software ALERT (processo clínico informatizado do doente). No processo clínico do utente são aplicadas várias escalas de avaliação diariamente e em dias alternados, como escala de Braden, Morse e Numérica da dor. O gabinete de enfermagem é dotado ainda de um sistema de telemetria que permite o controlo rigoroso dos utentes monitorizados, e com maior estado de gravidade.

3.1.1 - Reflexão crítica sobre o contexto

O Serviço de Medicina I é notoriamente um local onde o enfermeiro de reabilitação se afirma como uma mais-valia para o utente. Em virtude da população de utentes internados no Serviço de Medicina I do Hospital do Espírito Santo, a reabilitação tem uma especial importância na área da RFR (Reeducação Funcional Respiratória) e RFM (Reeducação Funcional Motora), sendo o enfermeiro de reabilitação solicitado frequentemente, quer pela equipa médica, quer pela equipa de enfermagem.

Neste serviço, onde exerço as minhas funções, o enfermeiro de reabilitação é solicitado com frequência, sendo notório o trabalho em equipa realizado pelos enfermeiros de reabilitação, fisioterapeuta e equipa médica, traduzindo-se deste modo, em maiores ganhos para o utente. Outro dos aspetos positivos prende-se como facto de o serviço apresentar-se munido de vários instrumentos de avaliação de reabilitação, a sua existência é de extrema importância, não só para o planeamento da alta, mas também permite aos profissionais na área da reabilitação o acompanhamento dos programas de cuidados de reabilitação.

Um dos aspetos negativos prende-se com o facto de só os turnos da manhã e dias de semana, contarem com a presença de enfermeiros de reabilitação e de estes por vezes não poderem dar continuidade à prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, o que não permite colmatar de forma muito satisfatória as necessidades de reabilitação que os doentes institucionalizados possam apresentar. Também destaco como um aspeto negativo o facto de as instalações embora adaptadas e relativamente modernas apresentarem dimensões reduzidas em virtude do número de camas, uma vez que com a mobilização de camas e dos cadeirões os enfermeiros de reabilitação deparam-se com dificuldades em virtude do espaço apertado, restringindo desse modo as suas intervenções, dificultando-as e impedindo o respeito pelos

défices do doente e o seu estímulo.

3.2 – DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Num universo em constante transformação, a adaptação ao mesmo, através do desenvolvimento de competências torna-se um aspeto cada vez mais importante. No campo da saúde a capacidade de se adaptar a ambientes novos, cada vez mais complexos e em constante mutação, exige dos profissionais de saúde a habilidade de agir ou mesmo inovar. A competência, mais que uma aprendizagem prévia, implica também a necessidade de conhecimento empírico, de forma a resolver problemas específicos e a dar resposta a situações de imprevisibilidade.

A competência profissional pode então ser definida como a capacidade de mobilizar; articular; colocar em ação valores, conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho eficiente e eficaz, de atividades requeridas pela natureza do trabalho (Valente & Viana, 2009). No caso dos profissionais de enfermagem, estes constituem uma força humana e profissional muito importante, pelo que as suas competências devem ser diversificadas, pois a sua função encontra-se associada a uma globalidade de aspetos, nomeadamente o cuidar, educar, aconselhar, gerir e investigar, pelo que o exercício da sua profissão é marcado pela polivalência, flexibilidade e transdisciplinaridade (Santos, 2009).

De acordo com Hesbeen (2001), as competências de enfermagem pressupõem um conjunto de conhecimentos, de capacidade de ação e de comportamentos estruturados, em função de uma finalidade que permite agir em cada contexto. Para o mesmo autor, essas competências apresentam-se em três vertentes básicas: o agir, o poder agir e o querer agir; que se resumem a um conjunto de saberes: o saber fazer, o saber ser e o saber estar.

Como profissional competente, considera-se aquele que evidencia qualidade no seu desempenho, ou seja, é o que executa bem, que não falha, aquele que proporciona qualidade aos utentes com os quais interage. O desempenho competente é então, a face visível da competência. Desenvolver competência profissional requer uma instrumentalização de saberes e capacidades mas não se limita à mesma. Os saberes e as habilidades devem ser mobilizados pelo profissional num determinado contexto, revelando: o saber agir em situação.

O principal objetivo da educação em enfermagem consiste em ajudar os estudantes a desenvolver as competências necessárias a uma prática eficaz, uma vez que a enfermagem é uma profissão marcada pela polivalência, na qual os enfermeiros têm uma formação e capacidade muito diversificada (Queiroz, 2007).

Assim sendo e indo de encontro à opinião dos autores supracitados, o estágio final oferece ao profissional que aspira uma formação especializada o momento de reflexão e aprendizagem acompanhada, de modo a perceber quais as suas competências, campo de atuação, bem como restrições e dificuldades. O saber é adquirido num processo contínuo de construção pessoal e maturidade profissional numa conquista pela qualidade e aquisição de competências. Santos, (2009) refere que, a formação em enfermagem visa uma finalidade prática: construir e desenvolver as competências profissionais necessárias ao exercício de uma profissão, pelo que o estágio final constitui um meio essencial para adoção de novas aptidões, indispensáveis à vida profissional, enquanto enfermeira perita na área da gestão de unidades de saúde e especialista em reabilitação.

Nesta sequência de ideias, o estágio final constitui uma forma fundamental para a aquisição e desenvolvimento de competências em enfermagem, integrando os conhecimentos teórico-práticos adquiridos ao longo do percurso académico. A realização deste estágio irá permitir dar continuidade ao processo de formação, adquirir competências/conhecimentos na área da gestão em enfermagem, satisfazer as necessidades individuais de maior qualificação, quer a nível profissional, quer pessoal.

4 - ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES

4.1 – RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO-ALVO

Neste estágio final o recrutamento inicial baseou-se na informação que disponho dos utentes submetidos a intervenções de reabilitação, uma vez que me encontro a exercer cuidados de reabilitação neste serviço.

Para a participação neste projeto, foi escolhida uma amostra não probabilística de conveniência e acidental dos utentes institucionalizados no Serviço de Medicina I do HESE, submetidos a um plano intervenção de reabilitação (RFR e RFM), aos quais foram aplicados instrumentos de avaliação de reabilitação (Anexo II). Esta amostra englobará uma população de 20 utentes.

Foram critérios de exclusão de participação, os utentes cujo período de internamento no serviço fosse inferior a 24 horas e os utentes com patologias contra-indicadas para intervenção de reabilitação.

O recrutamento dos utentes, para a participação neste projeto, em todas as suas fases e componentes, passou pelo respeito da individualidade do próprio utente e família.

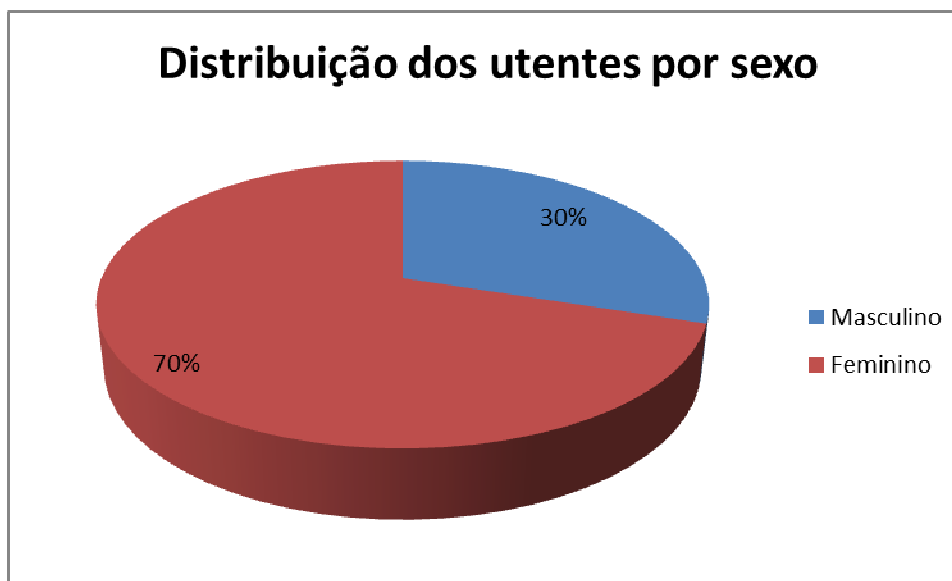
4.2 – CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO/UTENTES

De acordo com Fortin (1999), a população é uma coleção de elementos ou sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios. O Serviço de Medicina I do HESE, é um serviço de internamento misto que recebe utentes do sexo feminino e masculino e cuja missão é prestar cuidados médicos especializados e específicos de enfermagem, a doentes do foro respiratório, neurológico; oncológico, cardíaco e outras patologias médicas em situações agudas, sub-agudas e crónicas, da área de influência do hospital, o distrito de Évora. Este serviço recebe utentes provenientes do serviço de urgência,

consultas externas, radioterapia e transferência interna e externa.

Analisando a amostra seleccionada, relativamente ao sexo dos utentes que a constituem, observamos que o sexo feminino surge com maior representatividade como podemos verificar através da figura n.º 1, sendo este facto atribuído a longevidade da população do sexo feminino.

Figura n.º 1 – Distribuição dos utentes por sexo



De acordo com a figura n.º2, verifica-se que a idade dos utentes da amostra internados no Serviço de Medicina I se encontra compreendida entre os 55 e os 92 anos, podemos também verificar que a maioria destes utentes se encontra na faixa etária os 70-90 anos, sendo a patologia respiratória dominante neste grupo etário e nos utentes atendidos com mais de 90 anos, segue-se com alguma expressão o grupo etário dos 50-60 anos e 60-70 anos dominados pelos portadores de patologia do foro neurológico como podemos observar através da figura n.º 3.

Esta realidade é documentada através dos indicadores socioeconómicos da Região Alentejo que apresentam, em geral, alguma fragilidade face a média nacional. De acordo com a Direcção Geral de Saúde (D.G.S.) (2008), o Alentejo foi considerado a região com maior Índice de Envelhecimento e de Dependência dos Idosos. Estes caracterizam-se por diversos aspectos conjunturais que determinam o processo de desenvolvimento desta região, nomeadamente: povoamento concentrado e baixa densidade populacional; decréscimo acentuado do número de efetivos populacionais; declínio acentuado da fecundidade; Índice de

Envelhecimento muito elevado; existência de um grande número de famílias monoparentais idosas; elevado grau de analfabetismo; movimentos migratórios; dificuldade de fixação de profissionais; taxa de desemprego elevada; limitações e insuficiências técnicas (dependência dos Hospitais Centrais de Lisboa, que tem vindo a diminuir progressivamente) (Carrilho & Gonçalves, 2005). Estas alterações, provocada pelas mudanças sociais produzidas pela vida moderna, são por um lado positivas, mas por outro podem ser negativas, nomeadamente para os doentes portadores de doença crónica incurável e progressiva, cujo isolamento e a situação de dependência é constante.

Figura nº 2 – Distribuição dos utentes por idade

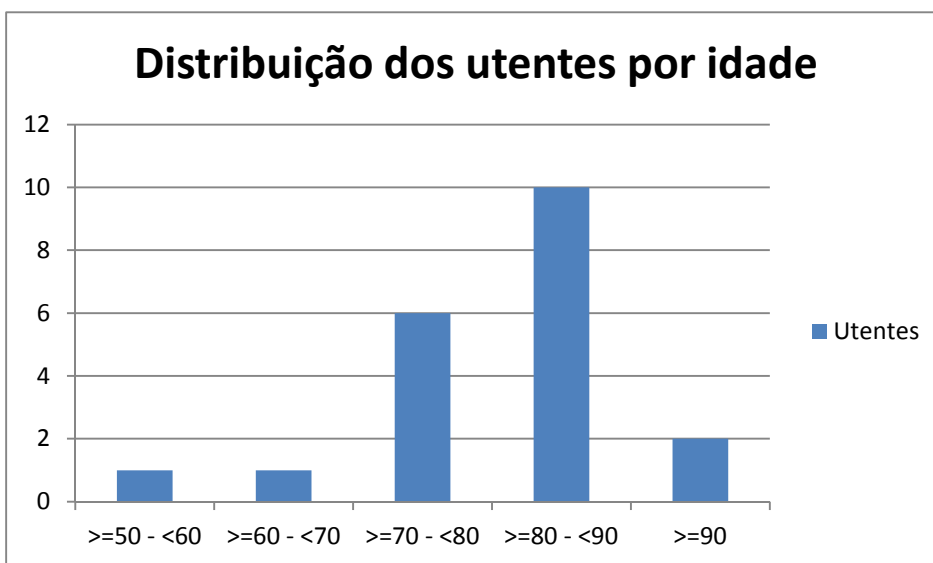
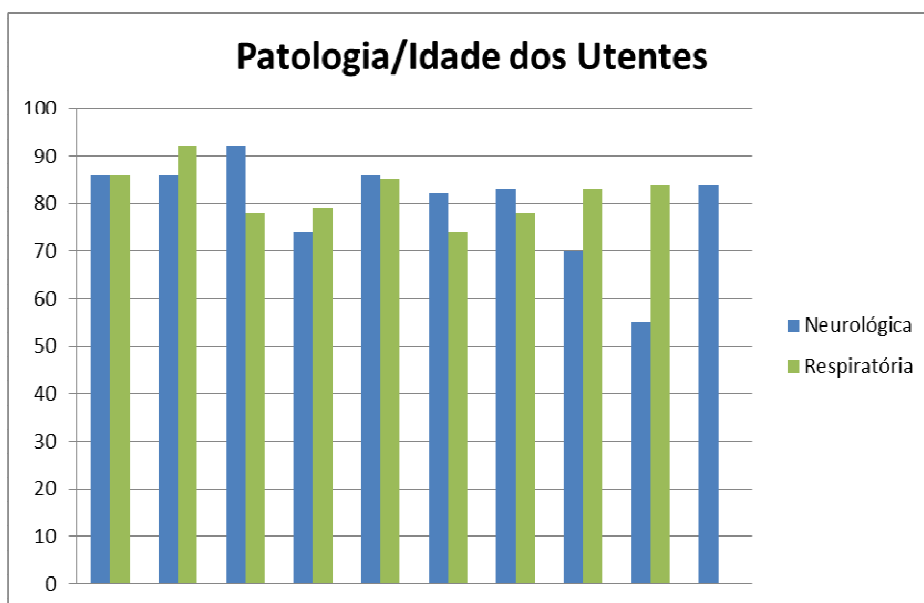
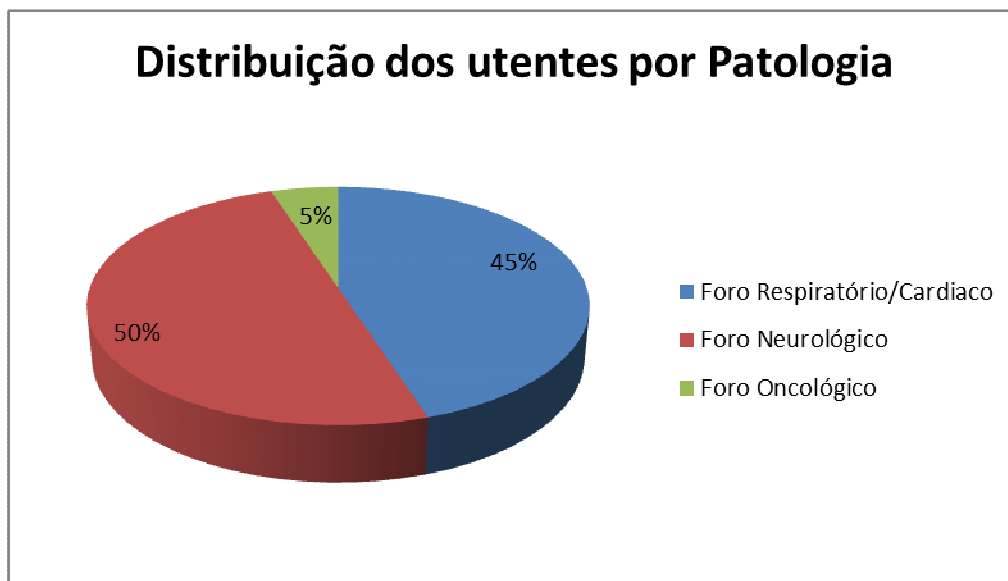


Figura nº 3 – Distribuição de utentes por patologia/idade



As patologias apresentadas pelos utentes institucionalizados neste serviço e submetidos a programas de reabilitação, distribuem-se em patologias foro respiratório, DPOC, Asma Brônquica; Insuficiência Respiratória e cardíaca; Neoplasia do pulmão; Patologias da pleura e do interstício; entre outras;) e do foro neurológico, destacam-se, clinicamente ou pela incidência, as lesões tumorais e as lesões vasculares cerebrais (AVC isquémico e hemorrágico).

Figura nº4 – Distribuição dos utentes por patologia



De acordo com a figura nº4, é possível constatar que 50% dos utentes da amostra, apresentam patologias ao nível do foro neurológico, seguido de 45% de com patologias do foro respiratório e apenas 5% com doença do foro oncológico. O facto de a amostra incluir apenas uma pequena percentagem de utentes do foro oncológico, está relacionado com o facto da maioria destes utentes se encontrarem em fase terminal e em cuidados paliativos, não sendo possível aplicar um programa de reabilitação de forma efectiva.

Através da observação direta e da respectiva recolha de dados dos utentes institucionalizados no Serviço de Medicina I, podemos destacar que a população dos utentes que beneficiam de prestações de cuidados neste serviço é uma população bastante envelhecida, na sua maioria portadores de Doença Crónica Incurável Progressiva, que apresentam uma situação de grande dependência, o que implica necessidades em cuidados de saúde claramente identificadas: mais dependentes no autocuidado; a necessidade de integrar no dia-a-dia regimes terapêuticos cada vez mais complexos; de promover os processos adaptativos às famílias que integram dependentes; fenómenos estes, que complicam a

prestação de cuidados pelos cuidadores e constituem um grande desafio, mas também um grande potencial e uma oportunidade inquestionável para a ação profissional dos enfermeiros, em particular, para os enfermeiros especialistas em reabilitação.

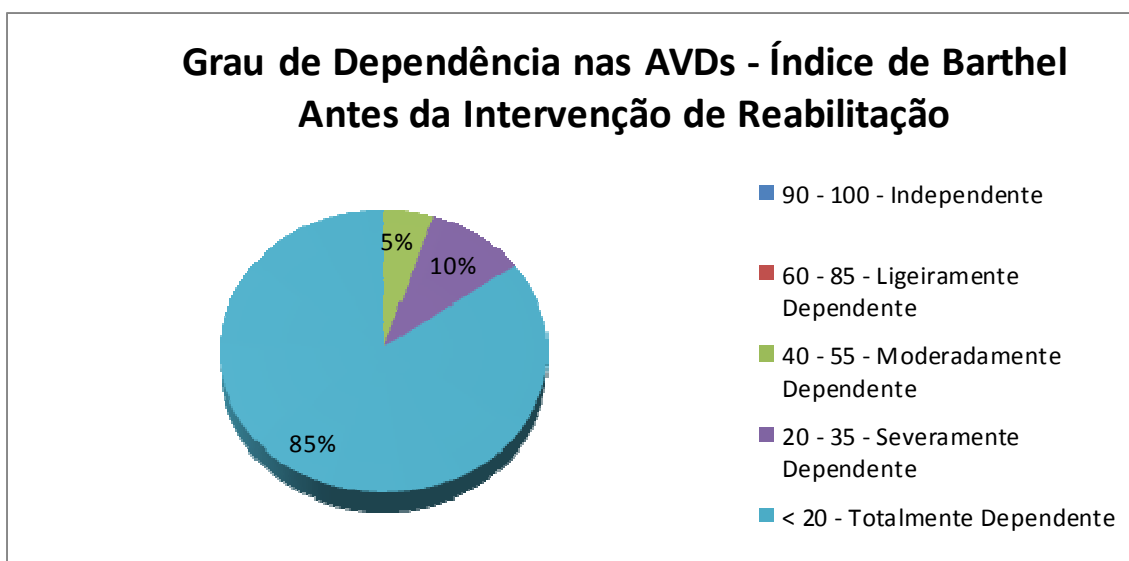
4.3 – PROBLEMAS ESPECÍFICOS DA POPULAÇÃO-ALVO

A recolha de informação a fim de avaliar as necessidades do utente é vital para a implementação de um programa de reabilitação adequado. Deste modo, recolhemos junto dos utentes da amostra antes da implementação do programa de reabilitação informação sobre o seu grau de dependência e grau de independência funcional, aplicando as respectivas escalas de avaliação (figura n.º 5 e figura n.º 6), simultaneamente foi efectuada uma avaliação do risco de úlceras de pressão através da aplicação da Escala de Braden (figura n.º 7).

Após aplicação do Índice de Barthel podemos verificar que 85% dos utentes apresenta-se totalmente dependentes nas AVDs (figura n.º 5). Os restantes 15% da amostra apresentam um grau de dependência que varia entre o severamente dependente (10%) e moderadamente dependente (5%) nas AVDs.

Figura n.º 5 – Grau de Dependência nas AVDs (Índice de Barthel)

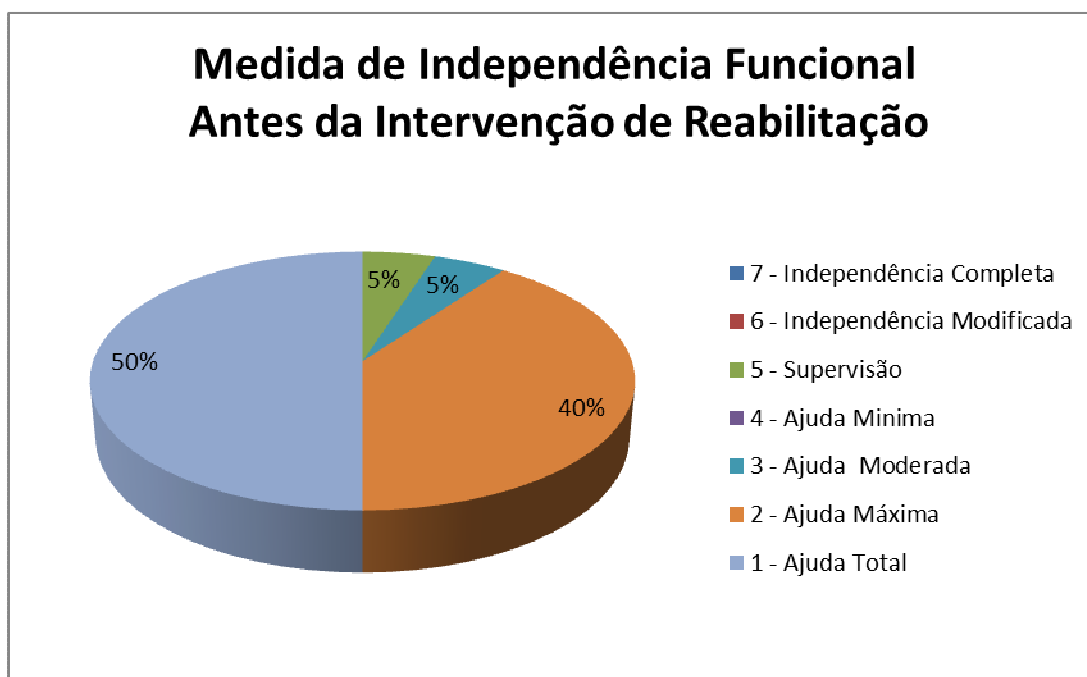
Antes da intervenção de reabilitação



Analisando os dados obtidos através da aplicação da MIF (figura n.º 6), constatou-se que 50% dos utentes necessitavam de ajuda total nos auto-cuidados, 40% ajuda máxima, 5% ajuda moderada e os restantes 5% necessitavam de supervisão para efectuar as suas tarefas.

Figura nº6 – Medida de Independência Funcional (MIF)

Antes da intervenção de reabilitação



Através da aplicação do Índice de Barthel e MIF, antes das intervenções de reabilitação, e análise do grau de dependência, podemos verificar que a maioria dos utentes da amostra recolhida se encontra num estágio avançado de doença, o que implica a perda de autonomia para as AVDs, apresentando um grau de dependência que varia entre o total e o moderadamente dependente, e em que todos dependem de terceiros para a maioria das AVDs.

As patologias ao nível do sistema nervoso ocupam uma importante proporção no grupo de doenças que abrange a população-alvo, em consequência destas patologias, é frequente os utentes apresentarem alterações sensório-motoras, levando a um estado de dependência do indivíduo, com repercussões familiares sociais e económicas.

No que respeita as patologias do foro neurológico, verificou-se uma grande predominância de utentes com o AVC (8 dos utentes numa amostra de 10 utentes com patologia neurológica). São várias as afeções que ocorrem no utente que é afetado por um

AVC e que comprometem, de forma geral, as afecções mais frequentes e que comprometem a sua funcionalidade, cognitiva, sensorial e motora, bem como a sua habilidade para a realização das suas AVDs são:

- o Alteração da força muscular;
- o Alteração do tônus muscular (na generalidade dos casos, verifica-se um padrão espástico específico – postura de Wernicke-Mann);
- o Alterações da sensibilidade e propriocepção.

Ainda que o AVC continue a ser a maior causa de morte em Portugal, a verdade é que grande parte dos doentes afetados por esta doença sobrevive, ainda que com sequelas e danos neurológicos permanentes, deficits funcionais e dificuldades na execução de tarefas.

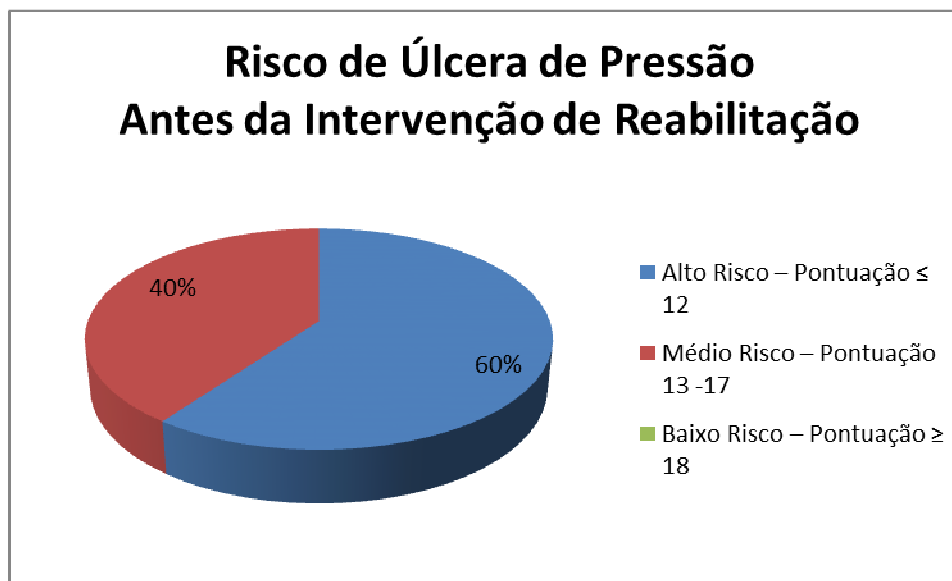
Relativamente as patologias do foro respiratório, as inúmeras patologias crónicas e agudas do foro pulmonar, encontradas nesta amostra e que foram sujeitas a um programa amplo de reabilitação respiratória passaram por:

- o Patologia bronco-pulmonar (DPOC, bronquiectasias, pneumonias...etc);
- o Patologias da Pleura;
- o Patologia neuromuscular com efeitos na dinâmica torácica;
- o Patologia bronco pulmonar;
- o Patologia cardíaca;
- o Estase de secreções ou insuficiência respiratória funcional.

A necessidade de intervenção ao nível da prevenção das úlceras de pressão justifica-se devido a uma tendência para o seu aumento devido ao envelhecimento demográfico e as mudanças nos padrões de saúde, pelo que foi efectuada uma avaliação do seu risco, através da aplicação da escala de Braden.

Figura nº7 – Risco de úlcera de pressão – Escala de Braden

Antes da intervenção de reabilitação



Através da aplicação da Escala de Braden aos utentes da amostra, verificámos que 60% se encontravam com alto risco de ocorrência de úlceras de pressão e que 40% médio risco, pelo que na globalidade dos utentes o risco de ocorrências é bastante elevado.

Relativamente à prevenção de úlceras de pressão o papel do enfermeiro passa por interpretar a situação do utente, prever problemas em potência, estabelecer objetivos de atuação na redução dos efeitos dos fatores de imobilidade inevitável e intervir adequadamente (Carochinho, Martinho, Barbas & Alminhas, 2012). Segundo Antunes, Monteiro, Queiroz, Arcadinho & Mestrinho (2009) intervenções autónomas de enfermagem como: O posicionamento do utente, alternância de decúbitos, os cuidados com a pele, bem como a hidratação e limpeza, quando não realizadas, ou realizadas de forma pouco frequente, podem originar o aparecimento de úlceras de pressão a curto e médio prazo.

5 – DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS E ESTRATÉGIAS

5.1 – OBJETIVOS DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

De acordo com Tavares, (1990: 117), objetivo” (...) é uma determinada situação que se pretende atingir, (...)” sendo formulado de uma maneira genérica. Os objectivos visam uma descrição clara e concisa do que se pretende conquistar durante a aprendizagem efetuada no decurso do estágio final, permitindo ao aluno o estabelecimento de metas e a possibilidade de desenvolver competências e conhecimentos.

A funcionalidade dos objetivos é entendida como um guia de orientação e uma linha de ação, que impulsionam o crescimento do profissional de saúde e facilitam o surgimento de momentos de reflexão crítica e identificação de dificuldades.

Atendendo ao supracitado, os objetivos estabelecidos no projeto de estágio e que são alvo de avaliação/validação no presente relatório de estágio, foram estabelecidos como linha orientadora da minha atuação, com vista ao crescimento pessoal e profissional. O levantamento dos mesmos, permitiu o desenvolvimento de uma série de intervenções necessárias à sua concretização, que suscitaram a possibilidade de uma reflexão crítica acerca da pertinência, da validade e da efetividade dos mesmos.

O **objetivo geral** deste estágio final é, de acordo com o plano de estudos desta formação, desenvolver competências científicas, técnicas, humanas e culturais, que permitam compreender em que medida a responsabilidade social do enfermeiro de reabilitação, através dos resultados das suas intervenções, é importante para-a melhoria da qualidade de vida, das pessoas com deficiência/incapacidade.

Com a concretização deste estágio, pretende-se ainda mais **especificamente**:

- ✓ Competências na área da Gestão em Enfermagem, que valorizem o potencial da pessoa, promoção do auto-cuidado, autonomia e a qualidade de vida;

- ✓ Avaliar os resultados do trabalho da equipa de enfermagem de reabilitação, através da aplicação de instrumentos de avaliação de reabilitação;
- ✓ Contribuir para a melhoria da qualidade de vida, consolidação dos direitos sociais e afirmação do grupo das pessoas com deficiência/incapacidade como um forte potencial social, económico e cultural.

Assim, tendo como sustentáculo, os objetivos de intervenção profissional apresentados, procurei responder-lhes definindo estratégias/intervenções a incrementar ao longo do estágio final, de forma a conseguir alcançar estes objetivos.

5.2 – SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS/INTERVENÇÕES

A estratégia é definida como os recursos que serão alocados para se atingir determinado objetivo.

Thietart (1984), citado por Nicolau (2001: 17) define estratégia como “o conjunto de decisões e ações relativas à escolha dos meios e à articulação de recursos com vista a atingir um objetivo.”. Hax e Majluf (1988), citados pela mesma autora, definem estratégia como “o conjunto de decisões coerentes, unificadoras e integradoras que determina e revela a vontade da organização em termos de objetivos de longo prazo, programa de ações e prioridade na afetação de recursos”.

A seleção das estratégias depende dos objetivos previamente definidos, assim como dos recursos disponíveis na comunidade e no grupo de trabalho, permitindo ainda estabelecer qual o plano mais adequado para suprimir os problemas prioritários. Neste sentido, e de forma a efectivar o projecto foram delineadas as seguintes estratégias/intervenções:

- 1) Conhecer o contexto, o funcionamento e a organização do Serviço de Medicina I do HESE;
- 2) Identificar e conhecer o papel do enfermeiro especialista de reabilitação perante a pessoa com incapacidade/deficiência;
- 3) Aprofundar conhecimentos sobre a qualidade de vida dos utentes após a intervenção da

enfermagem de reabilitação e a qualidade de cuidados prestados;

- 4) Identificar indicadores da qualidade na prática de cuidados de reabilitação;
- 5) Recolher informação através dos instrumentos de avaliação de reabilitação antes e após programa de reabilitação e posterior análise dos dados;
- 6) Apresentar os resultados da análise dos dados dos instrumentos de avaliação de reabilitação dos utentes submetidos a um programa de reabilitação;
- 7) Análise da informação obtida na avaliação efectuada e a sua relevância na qualidade de vida do utente;
- 8) Refletir sobre as atividades desenvolvidas e efetuar uma auto-análise crítica sobre as mesmas;

5.3 – DESCRIÇÃO/FUNDAMENTAÇÃO E ANÁLISE REFLEXIVA DAS ESTRATÉGIAS/INTERVENÇÕES

De forma a validar a pertinência e a concretização dos objetivos e das estratégias/intervenções traçadas, surge o presente capítulo, no qual se faz uma breve justificação e análise da materialização dos mesmos.

1) Conhecer o contexto, o funcionamento e a organização do Serviço de Medicina I do HESE;

Justificação e análise reflexiva das Estratégias/Intervenções

O reconhecimento da estrutura física e organizacional, assim como a dinâmica de funcionamento permite uma adaptação adequada ao ambiente físico e social, possibilitando ao aluno uma maior facilidade para a aquisição de mais conhecimentos e para reflectir sobre as experiências que vão decorrendo ao longo do estágio. Essa reflexão permite o seu desenvolvimento pessoal, profissional e progressiva autonomia na prestação de cuidados. O facto do aluno se sentir autónomo no espaço envolvente, possibilita um clima mais propício ao desenvolvimento, permitindo uma aprendizagem mais eficaz, uma prestação de cuidados mais individualizada e um melhor desempenho na realização das actividades planeadas.

Segundo Matos (1997) a integração na equipa multidisciplinar e a observação da dinâmica do serviço e das actividades desenvolvidas pelo enfermeiro especialista permite conhecer as funções que lhes são atribuídas e identificar as intervenções autónomas e interdependentes do enfermeiro de reabilitação no desempenho da sua actividade.

2) Identificar e conhecer o papel do enfermeiro especialista de reabilitação perante a pessoa com incapacidade/deficiência;

Justificação e análise reflexiva das Estratégias/Intervenções

A reabilitação é um processo global, dinâmico, e contínuo, dirigido ao ser humano, ao longo do ciclo vital e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma a corrigir, conservar, melhorar ou recuperar as aptidões e capacidades funcionais o mais rapidamente quanto possível, para o exercício de uma actividade considerada normal no âmbito do seu projecto de vida.

Ao reflectir sobre o papel do enfermeiro especialista perante a pessoa incapacidade/deficiência, família e comunidade, conclui-se que o enfermeiro especialista tem a responsabilidade de agir de forma especializada, com conhecimento técnico-científico no sentido da promoção de uma recuperação eficaz, mas também, estar consciente que é veículo de informação.

Algumas características na sua prática são consideradas únicas como: aceitar os outros pela sua individualidade sem impor as suas próprias expectativas; trabalhar com a família e utente na elaboração de projectos comuns, identificando obstáculos, recursos, necessidades e forças; encorajar o utente e família a encontrar o seu próprio caminho; efectuar intervenções preventivas (prevenção de complicações) e um vasto leque de intervenções sociais nomeadamente a interacção social, treino, aconselhamento, sensibilidade social e tolerância social (Mendes & Ribeiro, 2007).

A valorização do enfermeiro especialista deve projectar-se nos cuidados prestados, assim como na formação profissional da equipa interdisciplinar, onde é considerado um elemento proactivo e dinamizador de cuidados por excelência de qualidade. O valor de uma equipa, manifesta-se “pela capacidade que os diferentes prestadores de cuidados desta equipa têm para, com os recursos de que dispõem, articular os meios de modo a oferecerem à população uma verdadeira combinação de competências” (Hesbeen, 2003: 64).

3) Aprofundar conhecimentos sobre a qualidade de vida dos utentes após a intervenção da enfermagem de reabilitação e a qualidade dos cuidados prestados;

Justificação e análise reflexiva das Estratégias/Intervenções

Na década de 90 a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconizou a qualidade como a palavra-chave para os serviços de Saúde (Bernardo 2000, citado por Fontes 2009).

Qualidade em saúde é, assim, a garantia do grau de excelência tal como nos afirma Cunha (2004), citado por Fontes, (2009). Pode ser entendida como forma de estar, de conviver e de actuar, no sentido de haver uma procura permanente de obtenção de melhores resultados a partir de um melhor desempenho de cada elemento interveniente no processo. Engloba parâmetros como a eficácia, a eficiência, a qualidade técnico-profissional, a satisfação e a adequação (Bernardo 2000, citado por Fontes, 2009).

O enfermeiro como detentor de conhecimentos profundos num domínio específico de enfermagem e tendo em conta as respostas humanas às situações de vida e aos processos de saúde/doença, dispõe da capacidade para elaborar um plano de intervenção a um campo particular de intervenção (Hoeman, 2011). A intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação é um importante recurso para a pessoa com deficiência/incapacidade, quer na reeducação funcional, na reinserção social, quer na reintegração profissional e familiar.

Deste modo, é imperioso que o enfermeiro especialista de reabilitação assuma a responsabilidade por monitorizar os resultados de enfermagem, especialmente, daqueles que prestam cuidados directos, e a elaboração de um plano de cuidados em enfermagem assim como de um plano de acção para auxiliar o enfermeiro generalista a prestar cuidados de qualidade ao utente.

Uma vez que as necessidades de cada utente são diferentes, dependendo não só do tipo de patologia, bem como da vontade que tem em melhorar, das dúvidas que tem, do modo como encara o internamento, o ambiente hospitalar e a patologia, um programa de reabilitação só é verdadeiro se o doente/família for devidamente avaliado na sua globalidade, de modo a compreender as suas particularidades, necessidades e potencialidades, respeitando a sua individualidade.

Assim a implementação de um programa de reabilitação, que vise ganhos ao nível das capacidades de auto-cuidado e funcionais, da introdução no sistema familiar e o reajuste e

retoma de funções e tarefas diárias é fulcral para que ocorra o desenvolvimento integral da pessoa, e o estabelecimento normal da sua vida, promovendo a qualidade de vida e a satisfação.

4) Identificar indicadores da qualidade na prática de cuidados de Reabilitação;

Justificação e análise reflexiva das Estratégias/Intervenções

Os indicadores são entendidos como medidas que podem ser usadas como guias orientadores na monitorização, avaliação e promoção da qualidade dos cuidados de saúde. São sempre representações da realidade e, como tal, têm limitações e constrangimentos, os quais devem ser tidos em consideração nas análises que se projectam a partir desses indicadores (Joint Comission 2008, citado por Fontes, 2009).

Na opinião de Mezomo (2001), citado por Teixeira, Camargo, Tronchim & Melleiro (2006), os indicadores de saúde são ferramentas estatísticas usadas para medir a performance com o objectivo de descobrir certas informações básicas para a tomada de decisões visando a melhoria da qualidade.

A utilização de indicadores é fundamental como forma de avaliar e controlar os projectos implementados, medindo a estrutura, o processo e os resultados (Tavares, 1990). Os Indicadores são elementos mensuráveis dos resultados desejados que reflectem mudanças substanciais nas pessoas, políticas ou sistemas em toda a comunidade (Carvalhosa, Domingos & Sequeira, 2010).

A identificação de indicadores da qualidade na prática de cuidados de reabilitação é efectuado no subcapítulo 7.1.

5) Recolher informação através dos instrumentos de avaliação de reabilitação antes e após programa de reabilitação e posterior análise de dados;

Justificação e análise reflexiva das Estratégias/Intervenções

A utilização de escalas de avaliação (Anexo II), é um recurso importante e um valioso instrumento de trabalho, pois permite que as decisões na saúde não sejam arbitrárias, mas sim assentes em estudos e baseadas na evidência. Uma avaliação criteriosa e mensurável

uniformiza a avaliação entre os diversos profissionais de saúde, assim como uma validação dos resultados obtidos, traduzindo uma maior equidade nos cuidados prestados.

Em relação às escalas existentes, é importante que se faça uma avaliação regular, e acima de tudo que se efetue uma apreciação inicial e outra final para que se possam observar os benefícios decorrentes da reabilitação. Os resultados encontrados aquando do preenchimento da escala são facilitadores e permitem a delimitação e organização de um plano de intervenção.

A recolha de dados é realizada quando o utente se apresente hemodinamicamente estável, desde a admissão até a alta, diariamente e no período da manhã.

Durante o estágio final foram aplicadas algumas escalas, (referidas no ponto 5.4) permitindo descrever a situação do utente, os cuidados de enfermagem prestados e a evolução deste, tornando assim possível patentear qual a importância da reabilitação para um utente com alterações da funcionalidade e quais os benefícios adquiridos com os programas de reabilitação aplicados.

A elaboração da avaliação no utente é fulcral para identificar alterações reais, potenciais e para estabelecer um plano de actividades, permitindo identificar o seu potencial. O melhoramento no score é indicativo de sucesso nos cuidados de enfermagem de reabilitação. de reabilitação e a melhoria da funcionalidade e autonomia do utente.

6) Apresentar os resultados da análise dos dados dos instrumentos de avaliação de reabilitação dos utentes submetidos a um programa de reabilitação;

Justificação e análise reflexiva das Estratégias/Intervenções

A transmissão e a partilha de conhecimentos, resulta num processo de aprendizagem contínuo, além de contribuir para a valorização profissional, pelo que é indispensável documentar as actividades realizadas, para demonstrar os resultados conseguidos. Estes dados serão apresentados e avaliados no capítulo 6 do presente relatório final.

7) Análise da informação obtida na avaliação efectuada e a sua relevância na qualidade de vida do utente;

Justificação e análise reflexiva das Estratégias/Intervenções

O âmbito desta estratégia engloba a reflexão sobre a informação obtida após análise dos instrumentos de avaliação, e o seu impacto na qualidade de vida do utente, sendo analisada e abordada nos capítulos 6 e 7 (subcapítulo 7.2) do presente relatório.

8).Refletir sobre as atividades desenvolvidas e efetuar uma auto-análise crítica sobre as mesmas;

Justificação e análise reflexiva das Estratégias/Intervenções

A estratégia delineada engloba a reflexão sobre as atividades desenvolvidas e a auto-análise crítica sobre as mesmas e é efectuada no capítulo 8.

5.4 – METODOLOGIA

O presente relatório, foi desenvolvido de acordo com as fases de planeamento em saúde, atendendo às especificidades de cada etapa, procurando aferir a resposta às necessidades da população no Serviço de Medicina I pela equipa de enfermagem de reabilitação. De acordo com Tavares (1990) citado por Parreira (2005: 222):

“...O planeamento além de poder ser considerado um conjunto de técnicas, é acima de tudo um procedimento face à realidade socio-éconómica. Enquanto técnica, o planeamento é considerado como um conjunto de instrumentos de racionalização de decisões e ações, que conduzem à transformação da realidade, funcionando como auxiliar e facilitador da decisão, na medida em que permite a racionalização na aplicação de recursos disponíveis.”

O recurso a instrumentos de avaliação de qualidade precisos é fulcral para identificar alterações reais, potenciais e para estabelecer um plano de atividades, permitindo identificar o potencial de reabilitação e a melhoria da funcionalidade e autonomia do utente. Os resultados obtidos por estes fornecem informação útil no desenvolvimento de estratégias de gestão do serviço, assim como são de vital relevância no planeamento de intervenções de promoção da saúde junto da comunidade.

Relativamente aos instrumentos de recolha de dados a utilizar serão as escalas (Anexo II):

- Índice de Barthel;

- Medida de Independência Funcional (MIF);
- Escala de Braden;

Os dois primeiros instrumentos, são utilizados na prática clínica para o diagnóstico do grau de comprometimento nas AVDs. Estas atividades são definidas de um modo sucinto, segundo Sequeira (2007: 10), como, “um conjunto de atividades primárias da pessoa relacionadas com o auto-cuidado e a mobilidade, que permitem ao indivíduo viver sem necessitar de ajuda”.

O Índice de Barthel foi validado por um estudo desenvolvido por Araujo, Ribeiro, Oliveira & Pinto, (2007) e é amplamente utilizada em Portugal, seja em contexto hospitalar ou comunitário.

Sequeira, C. (2007: 9), menciona que,

“ o **Índice de Barthel** mede a capacidade de desempenho nas AVD's (mobilidade, auto-cuidado e continência). As variáveis estudadas pelo Índice de Barthel são: a alimentação; o vestir; o banho; a higiene corporal; o uso da casa de banho; o controlo intestinal; o controlo vesical; o subir escadas; a transferência cadeira/cama e a deambulação. Este índice possibilita a avaliação da capacidade funcional do idoso e determina o grau de dependência de forma global e de forma parcelar, em cada atividade. É um sistema de resultados ponderados, que vão de 0 a 100”

em que um resultado de 0 designa a dependência completa e 100 significa independência completa nos 10 itens (atividades diárias). Quanto menor for a pontuação maior é o grau de dependência, variando de modo inversamente proporcional ao grau de dependência, fluindo a sua cotação global entre 0 a 100 pontos, consoante os seguintes pontos de corte:

- 90- 100 Pontos - Independente;
- 60- 90 Pontos - Ligeiramente dependente;
- 40-55 Pontos - Moderadamente dependente;
- 20- 35 Pontos - Severamente dependente;
- <20 Pontos - Totalmente dependente.

Em relação à **Medida de independência funcional (MIF)**, esta é segundo Hoeman, (2011) a escala que mais se utiliza em reabilitação, colocando a enfermagem numa posição de liderança. A MIF foi criada em 1984 através do forte empenho da Academia de Medicina Física de Reabilitação e pelo Congresso Americano de Medicina de Reabilitação (Guide for the uniform data system for medical rehabilitation, 1993). Sendo actualmente, amplamente

utilizada e aceite como medida de avaliação funcional nos EUA e internacionalmente (Granger, Hamilton & Keith 1986 e Benvegno, et al., 2008).

O seu objetivo foi tentar padronizar conceitos e definições sobre incapacidade, e obter um único instrumento de avaliação, capaz de mensurar o grau de solicitação de cuidados de terceiros, que o indivíduo portador de deficiência exige para a realização de tarefas motoras e cognitivas (Riberto et al., 2004).

Em termos clínicos, este instrumento possibilita a determinação da severidade da incapacidade, a avaliação e acompanhamento dos ganhos funcionais do utente e do resultado obtido, a avaliação da qualidade de um programa de reabilitação, obtenção facilitada de conferência sobre dados funcionais comuns e a comparação de dados relativos à deficiência e ao nível da incapacidade funcional como resultado de um tratamento de reabilitação (Farias & Buchalla, 2005).

A MIF é um instrumento que avalia a independência funcional, independentemente das sequelas de ordem física, de comunicação, funcionais, emocionais, entre outras, apresentadas pelos pacientes (Benvegno, 2008 e Riberto, et al., 2004).

A MIF é utilizada principalmente nas lesões do foro neurológico, como: os acidentes vasculares cerebrais e lesões medulares. Esta escala permite obter informações através da observação do desempenho do utente, e/ou das informações fornecidas pelo paciente/familiar/acompanhantes/equipa. Tem como vantagem o facto de não contemplar somente actividades motoras, mas também os aspectos cognitivos e capacidade de comunicação.

Este instrumento avalia a capacidade funcional por meio de uma escala de sete níveis que representam os graus de funcionalidade, variando da independência à dependência. Avalia assim, 18 categorias pontuadas de um a sete e classificadas quanto **ao nível de dependência** para a realização da tarefa, em que:

- 7 - Independência total (atempadamente, com segurança);
- 6 - Independência modificada (com dispositivos);
- 5 – Supervisão;
- 4 – Assistência mínima;
- 3 – Assistência moderada;

- 2 – Assistência máxima;
- 1 – Assistência Total;

As **categorias** são agrupadas em **seis dimensões**: Autocuidados, Controle de esfíncteres, Transferências, Locomoção, Comunicação e Cognição social. Cada dimensão é analisada pela soma das suas categorias referentes; quanto menor a pontuação, maior é o grau de dependência. Somando-se os pontos das dimensões da MIF obtém-se um score total mínimo de 18 (dependência completa) e o máximo de 126 pontos (independência completa), que caracterizam os níveis de dependência pelos subscores. Para classificar o nível de dependência nas actividades de vida diária é realizada a soma das parcelas e divididas por 18.

Elaborada em 1987, a **Escala de Braden** é constituída por 6 dimensões, percepção sensorial, humidade, actividade, mobilidade, nutrição e fricção e forças de deslizamento. Após aplicação da escala a pontuação varia entre os 6 (mínimo) e 23 (máximo), sendo que quanto mais baixa a pontuação da escala, maior o risco de úlcera de pressão (Antunes, Monteiro, Queiroz, Arcadinho & Mestrinho, 2009). Após avaliação de cada uma das seis sub-escalas somam-se as respectivas pontuações obtendo-se uma pontuação total, permitindo a categorização em 3 níveis de risco (Paranhos & Santos, 1999):

Alto Risco – Pontuação ≤ 12

Médio Risco – Pontuação 13 -17

Baixo Risco – Pontuação ≥ 18

Esta escala foi traduzida e validada para a população portuguesa em 2001, podendo ser aplicada em quase todos os serviços de prestação de cuidados de saúde, pelo que é importante aplicar medidas de prevenção no âmbito dos cuidados de enfermagem, uma vez que a imobilidade é um problema que pode incidir a nível emocional, social, intelectual ou físico. Em termos físicos, está associada a complicações que envolvem vários sistemas corporais (Antunes, et. al., 2009).

5.5 – CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA

Segundo Imperatori, & Giraldes, (1993), o cronograma constitui uma representação gráfica onde se representa o tempo e as actividades que constituem o projeto. No mesmo

sentido, para Carvalhosa, et al., (2010), o cronograma constitui uma sistematização do projeto, tendo em consideração o período total de tempo em que se espera que o mesmo decorra.

De acordo com esse período temporal, as atividades podem ser calendarizadas, programadas e executadas, de modo coerente e articulado. Para as mesmas autoras, o cronograma é um elemento fundamental para a vida do projeto, pois servirá como base referencial para a execução e acompanhamento do mesmo, bem como futuras avaliações.

Na execução do projeto para o estágio final, foi delineado o respetivo cronograma, sobre o qual não houve ocorrência de imprevistos não tendo sido por isso interrompidas as atividades planeadas para o mesmo. O presente projecto/relatório tem como horizonte temporal o Ano de 2013/2014 e desenvolver-se-á em três etapas distintas, conforme cronograma apresentado:

Tabela nº 2 – Cronograma de atividades

MÊS	Junho/ Julho 2013	Março/Junho 2014	Dezembro 2014
1ª Etapa Elaboração, apresentação e divulgação do Projeto			
2ª Etapa Implementação do Projeto/ Estágio Final		4 de Março30 de Junho	
3ª Etapa Avaliação do Projeto Implementado/ Elaboração de Relatório de Estágio Final			

Elaboração do Relatório de Estágio

5.6 – CONTATOS A DESENVOLVER E DIVULGAÇÃO DO PROJETO

Decidida a pertinência da temática, foi dado conhecimento ao professor orientador de projecto/estágio a temática a desenvolver e respetiva justificação, foi comunicado também ao professor orientador o local a desenvolver o referido projecto/estágio, para que se realizasse um contacto inicial e formal com a Direção da enfermagem do HESE no sentido de apresentar o projeto no contexto de um estágio de natureza profissional para a obtenção do grau de mestre e incentivá-los também á participação e colaboração com o mesmo.

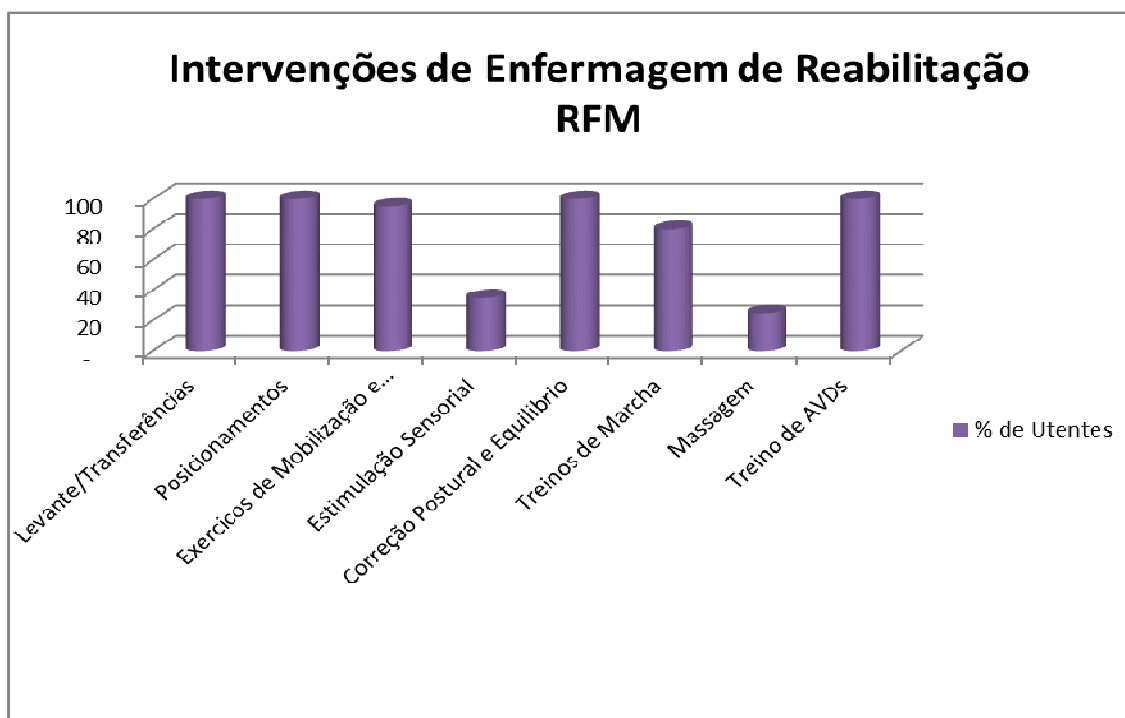
A escolha do estágio final nesta instituição prendeu-se com o facto de a mesma possuir as características indispensáveis ao desenvolvimento das competências especializadas do mestrando.

6 - APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Durante o período de análise dos utentes seleccionados como amostra da população-alvo, foram implementados programas de reabilitação individualizados aos referidos utentes, nos quais o enfermeiro de reabilitação recorreu a diversas técnicas de reabilitação e produtos de apoio/ajudas técnicas, de acordo com as necessidades específicas definidas em cada planeamento.

Analisando as intervenções accionadas de RFM verificamos que foram aplicadas as técnicas de levante/transferência, posicionamentos, correcção postural e equilíbrio e treino de AVDs a todos os utentes da amostra (100%), exercícios de mobilização e terapêuticos a 95% desses utentes, 80% efectuaram treino de marcha, estimulação sensorial e massagem 35% e 25% dos utentes respectivamente (Figura n.º 8).

A aplicação destas técnicas aos utentes com as patologias descritas nesta amostra tem como objetivos principais evitar ou diminuir a instalação insidiosa da espasticidade, estimular a sensibilidade e propriocepção, desenvolver, melhorar ou manter a força; resistência a fadiga, mobilidade e flexibilidade, equilíbrio e coordenação; reeducar comportamentos; prevenir deformidades e lesões e melhorar o desempenho funcional e independência nas AVDs (Menoita, 2012). Os cuidados de enfermagem de reabilitação na RFM são, portanto, de fulcral importância para o doente na adaptação ao meio, na presença de uma patologia neurológica, tendo como objectivo aumentar a possibilidade de autonomia e segurança satisfatória, assim como a sua auto-estima e qualidade de vida.

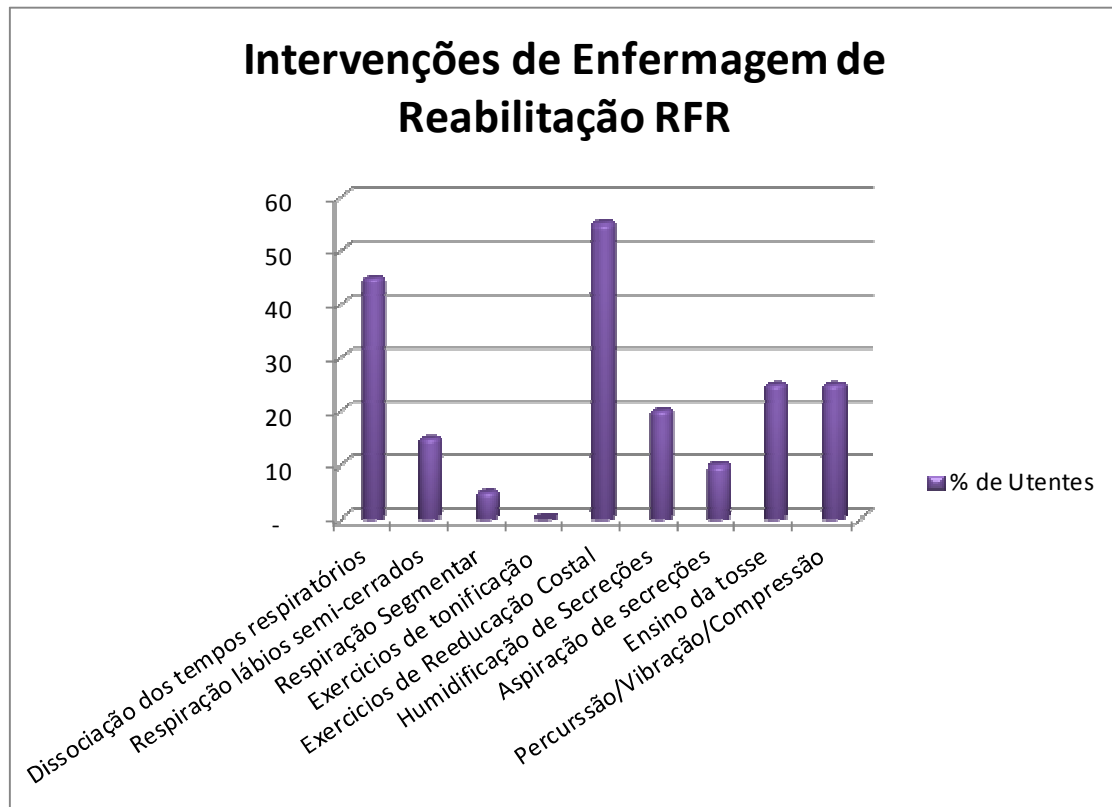
Figura nº8 – Intervenções de enfermagem de reabilitação efetuadas - RFM

Quanto às intervenções de RFR efectuadas estas recaíram sobre um menor número de utentes da amostra em virtude das patologias encontradas no período em que se realizou a avaliação. Deste modo as intervenções efectuadas incidiram principalmente na realização de exercícios de reeducação costal que foram efectuadas a 55% dos utentes e dissociação dos tempos respiratórios realizados a 45%, foram também realizadas outras intervenções mais específicas a utentes com patologia respiratória, o ensino da tosse e as técnicas de percussão/vibração/compressão a 25% dos utentes, a humidificação de secreções a 20%, a respiração lábios semi-cerrados a 15%, aspiração de secreções 10% dos utentes e finalmente a técnica da respiração segmentar, aplicada apenas a 5% dos utentes avaliados.

Segundo Heitor (1998), a reeducação funcional respiratória consiste num conjunto de procedimentos e técnicas terapêuticas que têm a intenção de ensinar o utente a respirar de forma correta e vantajosa de modo a possibilitar o restabelecimento funcional de respiração. Com a aplicação destas técnicas pretendeu-se estabelecer ou restabelecer um padrão respiratório funcional e melhorar a capacidade respiratória, nomeadamente a nível do aumento da tolerância do utente ao esforço e redução de gastos energéticos durante a respiração e alívio da dispneia, capacitando o indivíduo a realizar as diferentes atividades de vida diárias sem promover grandes transtornos e repercussões negativas para o seu organismo,

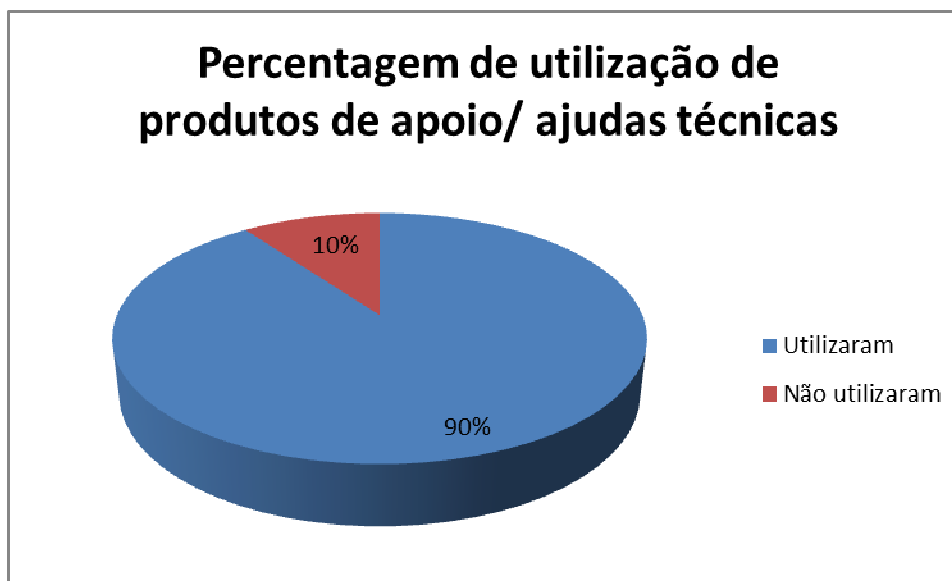
corrigir posturas incorretas e minimizar as incapacidades ou dificuldades instaladas a nível respiratório e ainda, atuar na prevenção como no tratamento de pneumopatias (Heitor, 1998).

Figura nº9 – Intervenções de enfermagem de reabilitação efetuadas - RFR



Relativamente à utilização de produtos de apoio/ajudas técnicas, de acordo com os programas de reabilitação implementados, pudemos verificar através da figura n.º 10 que a utilização deste tipo de recursos junto dos utentes da amostra com necessidade de cuidados de reabilitação, foi de 90%, constituindo-se assim instrumentos importante nos resultados obtidos ao nível da independência funcional dos utentes.

Figura n.º10 – Percentagem de utilização de produtos de apoio/ajudas técnicas



Os produtos de apoio caracterizam-se por qualquer produto (incluindo dispositivos, equipamentos, instrumentos, tecnologia e software), especialmente produzido ou geralmente disponível, para prevenir, compensar, monitorizar, aliviar ou neutralizar as incapacidades, limitações das actividades e restrições na participação (Norma ISO 9999).

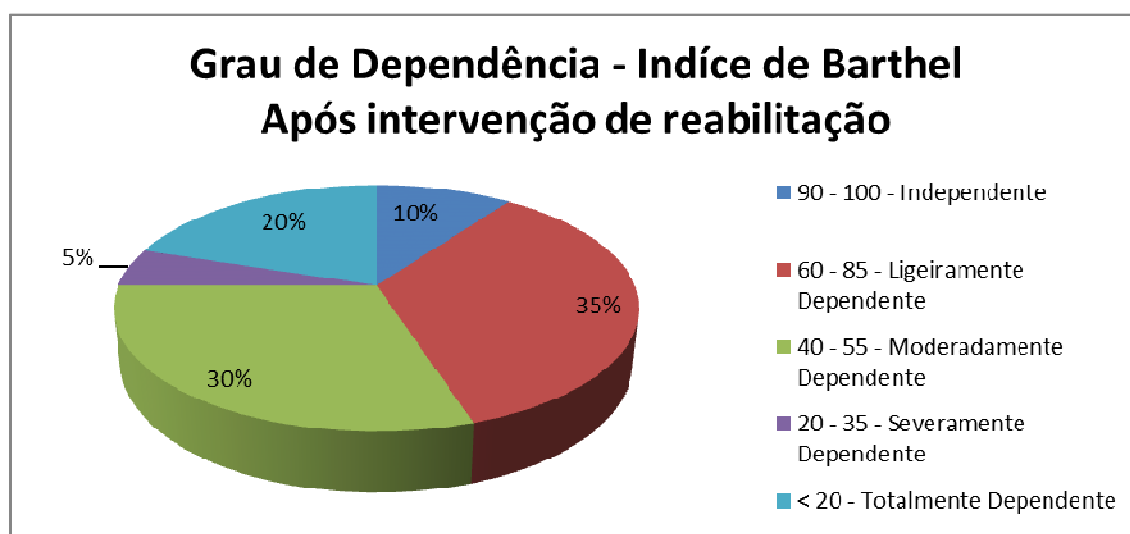
São exemplos de produtos de apoio:

- Cadeiras de rodas, andarilhos, canadianas;
- Materiais para a alimentação (garfos, colheres, pratos, copos adaptados);
- Materiais para o vestuário (pinças, ganchos, luvas de protecção, vestuário apropriado);
- Materiais para a higiene (barras de apoio, assentos de banheira, cadeiras e bancos para o banho);
- Elevadores de transferência;
- Próteses e ortóteses;

Como estabelecemos anteriormente, para avaliarmos o grau de dependência no auto-cuidado dos utentes da amostra procedemos à aplicação do Índice de Barthel e da escala de MIF. Após uma primeira avaliação com as escalas referidas pudemos verificar que a população da nossa amostra possuía um elevado grau de dependência no que respeita aos auto-cuidados, apresentando perda acentuada de autonomia para as AVDs, uma vez que de acordo com o índice de Barthel 85% dos utentes se encontravam totalmente dependentes, 10% severamente dependentes e 5% moderadamente dependentes, verificando-se assim a inexistência de utentes independentes ou ligeiramente dependentes. De acordo com a MIF também pudemos verificar a inexistência de utentes independentes, reforçando os resultados obtidos pela avaliação do índice de Barthel (figuras n.º 5). De acordo com os resultados obtidos com a aplicação da MIF 50% dos utentes necessitam de ajuda total e 40% de ajuda máxima inicial (figura n.º 6), demonstrando-se deste modo o elevado grau de dependência dos utentes internados no serviço de Medicina I do Hospital do Espírito Santo de Évora para a realização das suas tarefas básicas.

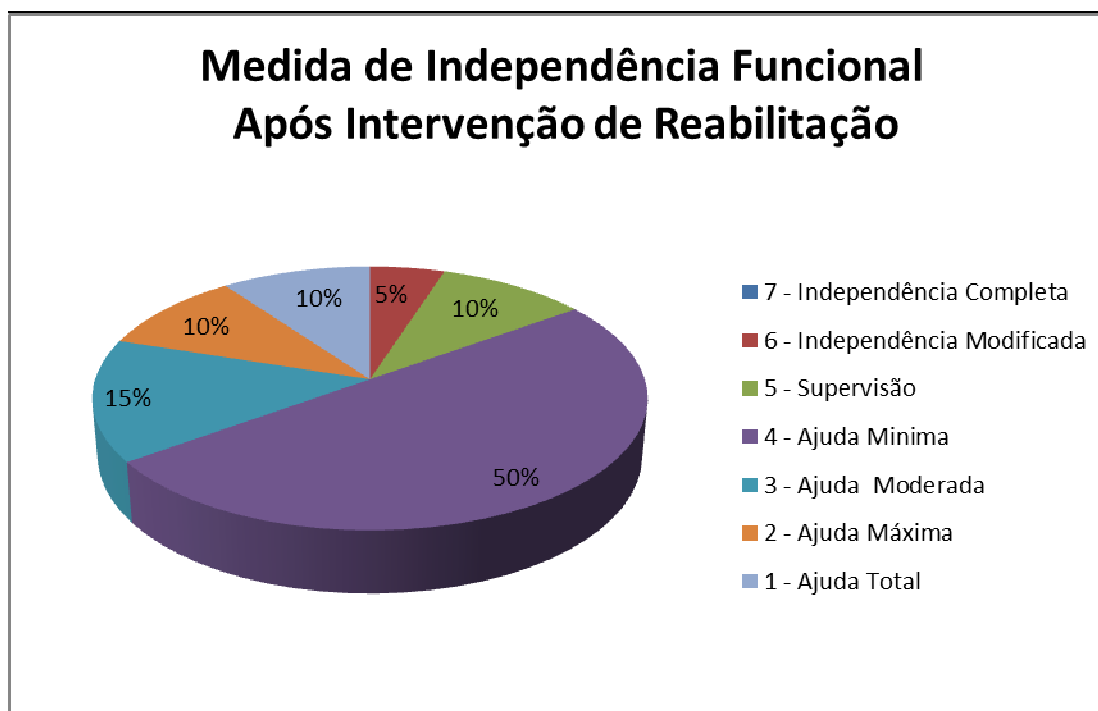
De acordo com o objectivo que pretendemos atingir e perante o cenário da primeira avaliação foram desenvolvidos programas individualizados de reabilitação para os utentes avaliados, e nos quais foram aplicadas as técnicas de RFM e RFR pelos enfermeiros de reabilitação do Serviço de Medicina I referidas anteriormente. E após os quais se procedeu a uma avaliação final do grau de dependência dos utentes aplicando as mesmas escalas, o Índice de Barthel e da MIF.

Figura nº11 – Grau de dependência – Índice de Barthel – Após intervenção de reabilitação



Nesta avaliação final efectuada através do Índice de Barthel, verificámos que 20% dos utentes estão totalmente dependentes, 5% severamente dependentes, 30% moderadamente dependentes, 35% ligeiramente dependentes e 10% independentes. Verificamos assim que dos doentes totalmente dependentes obtivemos ganhos no seu grau de dependência em 76% desses utentes, na sua globalidade 80% dos utentes melhoraram o seu grau de dependência.

Figura nº12 – Medida de Independência Funcional (MIF) - Após intervenção de reabilitação

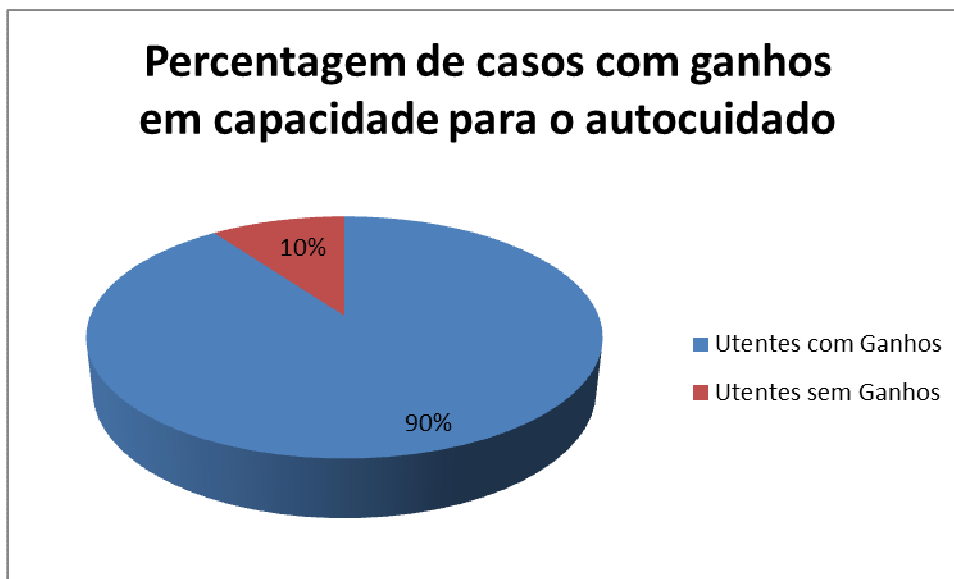


Através da avaliação efectuada com a MIF verificámos que nenhum utente atingiu um grau de independência funcional completa, 5% atingiram a independência modificada, 10% Supervisão, 50% ajuda mínima, 15% ajuda moderada, 10% ajuda máxima, 10% ajuda total. Podemos verificar que 80% dos utentes que necessitavam de ajuda total na primeira avaliação melhoraram o seu grau de independência funcional.

Podemos concluir, que os programas de reabilitação implementados permitiram modificações positivas no estado de dependência e auto-cuidado, como é possível verificar na figura nº13, em que 90% dos utentes aos quais foram prestados cuidados no âmbito destes programas, tiveram ganhos ao nível da independência funcional e capacidade para o auto-cuidado, contribuindo desta forma na reabilitação e integração do utente tornando-o mais capacitado para desempenhar tarefas do dia-a-dia, com o máximo possível de independência e

funcionalidade, contribuindo desta forma, para a uma melhor integração na sociedade e na melhoria da sua qualidade de vida e bem-estar e da comunidade envolvente.

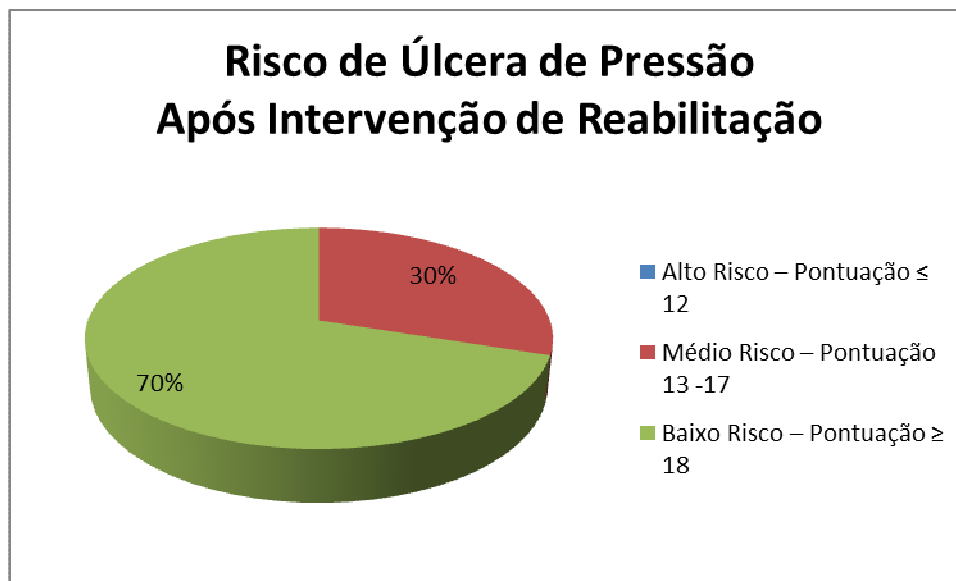
Figura nº13 – Percentagem de casos com ganhos em capacidade para o autocuidado



Segundo Hoeman (2011: 173), o auto-cuidado “é um processo que proporciona ao utente e família a sua primeira oportunidade de adquirir a capacidade de funcionar eficazmente após um acidente ou doença e assumir responsabilidade pelos cuidados de saúde pessoais”. Desta forma, incentivar o doente e família a adquirir capacidades e/ou redescobrir formas de adaptação para a realização das AVDs de forma mais independente possível, após processo de doença, resultante em incapacidade é um dos aspetos mais importante a ter em conta em todo o plano de intervenção. Este aspeto adquire ainda mais ênfase, se tivermos presente que “a gestão do auto-cuidado pessoal é fundamental para o sentido que cada um tem da sua auto-estima e independência” (DeJong & Wenker (1979) in Hoeman, 2011: 174).

No que respeita ao risco de úlceras de pressão, como pudemos observar através da análise da figura n.º7, todos os utentes da amostra apresentavam um risco elevado para desenvolverem úlceras de pressão, verificando-se que a sua maioria, cerca de 60%, apresentava alto risco e os restantes, 40% dos utentes apresentavam um risco médio para o seu desenvolvimento, esta avaliação reflecte a presença de uma população com grande perda de funcionalidade e com a sua mobilidade muito comprometida, carecendo de uma intervenção adequada de enfermagem de modo a reduzir os efeitos dos fatores de imobilidade e os riscos de complicações dela decorrentes.

Figura nº14 – Risco de úlcera de pressão – Escala de Braden – Após intervenção de reabilitação



Quanto á intervenção de reabilitação realizada no âmbito da prevenção de úlceras de pressão, esta focou-se essencialmente pela sua prevenção precoce, através da aplicação da escala de Braden e identificação de fatores de risco; sendo posteriormente adotadas técnicas de prevenção como: posicionamento do utente; realização de alternância de decúbitos; utilização de almofadas e de colchões anti escaras e outros dispositivos de redução de pressão e incentivo a mobilização precoce, respeitando sempre os princípios anatómicos, o peso corporal e protegendo as proeminências ósseas, acompanhada de um despiste e vigilância da pele.

Após a intervenção de reabilitação em todos os utentes da amostra, foi possível reduzir significativamente o risco de úlcera de pressão de todos os utentes da amostra (total de casos - 20 utentes), verificando-se modificações em 70% da amostra para um baixo risco para desenvolver úlceras de pressão e nos restantes 30% para um médio risco para desenvolver úlceras de pressão, atingindo assim uma taxa de efectivação na prevenção de úlceras de pressão de 100%.

Estes resultados reflectem os benefícios das intervenções realizadas pelos enfermeiros de reabilitação, nomeadamente através da realização de actividades que promoveram e maximizaram o movimento do utente, permitindo ganhos na sua capacidade funcional e na independência, prevenindo e diminuindo, deste modo, o risco de complicações decorrentes da imobilidade no leito e influenciando positivamente na qualidade de vida.

Podemos também constatar, que ao compararmos o movimento de utentes no Serviço de Medicina I do HESE durante o período do estágio final (de 1 março a 30 de Junho de 2014) e o período homólogo do ano anterior (Anexo III), que o serviço aumentou a sua taxa de ocupação comparativamente ao período de 2013 que se situava em 88,72% subindo para 91,10% em 2014, ao mesmo tempo que a demora média passou de 7,02 (dias de internamento) em 2013 para 6,78 (dias de internamento) em 2014. Conclui-se assim, que a presença de mais um enfermeiro de reabilitação neste período, no ano de 2014, possibilitou uma redução no número de dias de internamento dos utentes no serviço, e um acréscimo na sua taxa de ocupação, em virtude dos ganhos ao nível da independência funcional e autonomia no autocuidados proporcionados aos utentes e diminuição do risco de complicações.

7 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

A avaliação constitui uma etapa fundamental de qualquer projeto de intervenção, uma vez que permite refletir sobre a consecução dos objetivos delineados. É através da avaliação, que deve ser precisa e pertinente, que os intervenientes do projeto medem o impacto e os resultados do mesmo, deste modo o principal objetivo da avaliação é determinar o grau de sucesso na obtenção de um objetivo (Tavares, 1990).

Para o mesmo autor, a avaliação não deve ser feita apenas no final de um projecto, mas sim, em cada uma das etapas do processo de planeamento, com o intuito de compreender a forma como decorrem as atividades, para efetivamente analisar o percurso, identificando pontos positivos e negativos e implementar medidas corretivas ou até mesmo reformular o projeto se necessário, por forma a melhorar o trajeto e assim evoluir de forma positiva. Para a executar a avaliação intermédia do projecto/relatório, foram estabelecidos contactos com o professor orientador, ao longo do estágio, de forma a introduzir algumas medidas corretivas no projeto implementado.

Embora sejam inúmeras as dificuldades intrínsecas ao processo de avaliação, é importante que cada projeto tenha uma forma de avaliação, quer ao nível dos resultados que se esperam alcançar, quer ao nível da sua elaboração, implementação e execução. Nesta perspetiva, depreende-se que a avaliação se inicia logo na primeira etapa do processo de planeamento, acompanhando-o nas etapas seguintes (Tavares, 1990). Deste modo, a avaliação tem como finalidade melhorar os programas, orientar a distribuição dos recursos a partir das informações obtidas, justificar atividades já realizadas, identificar novos problemas e encontrar novas estratégias.

7.1 - INDICADORES DE QUALIDADE

Nos processos de avaliação e controlo, os indicadores definidos indicam-nos as metas a

atingir para superar os objetivos e revelam-nos o seu cumprimento, traduzindo resultado prático da implementação do projeto e permitindo quantificar o seu grau de sucesso (Parreira, 2005).

São marcadores da situação da saúde, performance de serviços ou disponibilidade de recursos definidos para permitir a monitorização de objetivos, traduzindo a eficácia global dos cuidados de Enfermagem de reabilitação:

A elaboração de indicadores da qualidade no exercício profissional da enfermagem independentemente da respetiva natureza ou finalidade, deverá subordinar-se às categorias dos Enunciados Descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2001). No âmbito dos enunciados descritivos esta problemática enquadra-se nos enunciados descritivos: bem-estar e auto-cuidado, readaptação funcional e prevenção de complicações, e organização dos cuidados de saúde. Assim como constituem foco da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e fazem parte do core de focos do resumo mínimo de dados.

Para a elaboração deste relatório foram estabelecidos, perante os respetivos objetivos, **critérios de avaliação (Indicadores)**, que penso ter satisfeito ao longo do estágio final:

- **Bem-estar e auto-cuidado /readaptação funcional**
 - Percentagem de casos de dependência no auto-cuidado;
 - Taxa de resolução no estado de dependência e no auto-cuidado;
 - Percentagem de casos com ganhos em capacidade para o autocuidado
 - Taxa de eficácia de utilização de produtos de apoio/ ajudas técnicas
- **Prevenção de complicações**
 - Percentagem de casos de risco de úlcera de pressão;
 - Taxa de eficácia na prevenção de úlceras de pressão;
- **Organização dos cuidados de saúde**
 - Diminuição do nº de dias de internamento;

Bem estar e auto-cuidado / Readaptação funcional/Organização dos cuidados de saúde

Um dos principais objetivos da enfermagem de reabilitação é tornar o indivíduo o mais capacitado possível para desempenhar as suas tarefas do dia-a-dia, com o máximo de

independência e funcionalidade. Segundo Hoeman (2011: 173), o auto-cuidado “é um processo que proporciona ao utente e família a sua primeira oportunidade de adquirir a capacidade de funcionar eficazmente após um acidente ou doença e assumir responsabilidade pelos cuidados de saúde pessoais”.

Rocha, (2008) citado por Cruz, (2008) refere que alguns dos ganhos em saúde decorrentes da prática de cuidados especializados de reabilitação podem ser medidos através de ganhos em saúde: Maior independência funcional e capacidade para o autocuidado, aumentando o conhecimento sobre estratégias adaptativas para o autocuidado, diminuindo a taxa de dependência no autocuidado e permitindo uma maior satisfação e melhor qualidade de vida. Este autor acrescenta ainda que as competências destes profissionais poderá levar também á diminuição do número de internamentos, á diminuição do número de reinternamentos.

Prevenção de Complicações

A intervenção de enfermagem de reabilitação, além de contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, pode também prevenir várias complicações. Como princípio básico na prevenção de complicações, a intervenção de enfermagem passa essencialmente pela prevenção, reconhecimento e gestão de complicações e comorbilidades (Silva, 2011). Pelo que a interpretação e avaliação da situação do utente, diminuição do período de imobilidade, mobilizar tudo o que for mobilizável e utilizar todos os meios de luta contra a imobilidade dos vários sistemas corporais, participando ativamente na educação da população e na prevenção das complicações é crucial. Profissionais que avaliem os riscos efetivos e identifiquem os equipamentos de ajuda adequados podem promover a independência e reduzir o risco de complicações nos utentes (Santos, et al., 2010).

A taxa de eficácia na prevenção de úlceras de pressão é um tipo de indicador que se baseia nas relações entre as entidades – diagnóstico potencial (risco) e diagnóstico real, permitindo estabelecer uma relação entre o número total de casos com risco documentado de úlceras de pressão, acabando por não desenvolver a complicação e tiveram, pelo menos uma intervenção de enfermagem implementada e o universo de casos que a tiveram previamente documentado o risco deste mesmo problema ou complicação, num determinado período de tempo.

7.2 – AVALIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE REABILITAÇÃO IMPLEMENTADOS

A avaliação da implementação dos programas de reabilitação numa amostra de diferentes utentes, com diversas patologias e com uma tolerância, capacidade de compreensão e evolução muito diferentes, através da utilização dos instrumentos de avaliação de reabilitação anteriormente mencionados, demonstram a eficiência dos programas de reabilitação implementados, apresentando melhorias ao nível:

- Bem-estar e auto-cuidado
- Readaptação funcional
- Prevenção de complicações
- Organização dos cuidados de saúde

O principal objectivo da avaliação é determinar o grau de sucesso na consecução de um objectivo (Tavares, 1990). O projecto “Responsabilidade Social do Enfermeiro Especialista de Reabilitação” tinha como objectivo não só permitir compreender em que medida a responsabilidade social do enfermeiro de reabilitação é importante para a melhoria da qualidade de vida, das pessoas com deficiência/incapacidade, como contribuir para a consolidação dos direitos sociais e afirmação do grupo das pessoas com deficiência/incapacidade como um forte potencial social, económico e cultural.

Como podemos verificar através dos resultados da aplicação dos programas de reabilitação implementados para a amostra em estudo, houve uma melhoria significativa ao nível das capacidades de auto-cuidados e independência funcional no momento da alta, permitindo uma introdução da pessoa no sistema familiar e o reajuste e retorno das funções e tarefas diárias, assim com uma diminuição do risco de complicações, o que introduz no enfermeiro de reabilitação uma grande responsabilidade na vida das pessoas, durante o encontro e acompanhamento das suas situações, tornando-o um importante recurso para os serviços de saúde e comunidade quer na sua reeducação funcional, reinserção social e reintegração familiar e profissional, assim como para a promoção da melhoria da qualidade de vida.

De referir ainda que os programas de reabilitação, contribuíram para a melhoria dos resultados em saúde, nomeadamente ao nível da redução dos dias de internamento hospitalar e consequente redução de custos.

Podemos assim comprovar que o papel do enfermeiro de reabilitação é imprescindível, uma vez que se trata de áreas onde a dependência e autonomia da pessoa está em causa, sendo preponderante na dinâmica de um serviço de saúde, pois permite preparar a pessoa para uma melhor vivência, tendo em conta as suas capacidades individuais, uma alta mais rápida e com maior nível de independência, promovendo uma gestão e uma prática de cuidados de enfermagem que possibilitam fazer face à incapacidade das pessoas, às diferenças funcionais, impeditivas de um desempenho eficiente e ajustado, contribuindo ao mesmo tempo que para um sistema de saúde mais eficaz e humano.

Por outro lado, o fraco desempenho dos sistemas face a uma realidade diferente, em que estas pessoas se encontram, leva a que o enfermeiro especialista de reabilitação seja um agente de mudança, onde é responsável por abrilhantar uma vida modificada pela adversidade, construindo para a pessoa com deficiência/incapacidade, um caminho com sentido, onde existam condições aceitáveis que possibilitem diminuir os obstáculos, as incapacidades e as desvantagens, tornando esse caminho mais fácil para quem o terá que percorrer e contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida.

Esta filosofia de reabilitação, trata-se de um o processo que não se deve esgotar apenas no enfermeiro especialista de reabilitação, mas prolongar-se por toda a equipa de enfermagem, devendo ser incentivada pelas instituições e sociedade.

Acredito que a qualidade dos cuidados de enfermagem é avaliada todos os dias, quando realizamos toda e qualquer actividade que visa a recuperação do utente, contudo é indispensável repensar a pratica do enfermeiro especialista de reabilitação diariamente, reavaliar o seu comportamento diante das inúmeras responsabilidades que lhes são confiadas, assim como o conjunto de valores e motivações para o trabalho, podendo desta forma alcançar a excelência profissional.

De salientar ainda, que aos enfermeiros especialista de reabilitação cabe a responsabilidade de garantir a qualidade dos cuidados que são prestados no seu serviço, devendo alertar e motivar a equipa para uma prática de enfermagem de qualidade, atendendo às necessidades do utente, conduzindo-o à satisfação com a qualidade de cuidados de enfermagem recebidos, pelo que deve ser preocupação quer das chefias, mas também da tutela e das administrações das unidades de saúde, prestar mais atenção a esta área e garantir o direito aos utentes de acederem a cuidados de enfermagem reabilitação, sempre que necessário-

8 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS

A necessidade de atualização e o desenvolvimento de um corpo de conhecimentos específicos, que confira competências a todos aqueles que exercem uma determinada profissão, é hoje em dia uma constante. Este corpo de conhecimentos constitui uma mais valia em permanente desenvolvimento, em consequência da incessante procura por parte do homem em se conhecer a si próprio e ao mundo onde está inserido. Assim os profissionais de saúde são permanentemente confrontados com o emergir de novos conhecimentos científicos, que possibilitam renovadas leituras e interpretações do mundo envolvente e de si próprios, exigindo um desafio persistente de atualização e desenvolvimento do saber adquirido, o qual se traduz no crescimento pessoal e profissional, sendo reflectido na forma de ser e estar na profissão.

O enfermeiro vive a realidade de forma particular porque o ser humano é destinatário dos seus cuidados, nas múltiplas dimensões que o constituem. A formação contínua deve por isso ser encarada como um modo de estar, uma constante na sua vida, que lhe possibilite um meio de desenvolvimento pessoal e profissional, por forma a dar uma resposta às múltiplas exigências que se colocam diariamente no âmbito da sua competência profissional.

Assim, na procura da excelência dos cuidados prestados, no decurso do estágio final adquirir, conhecimentos e competências, específicas da minha área de formação e em particular na área de gestão de cuidados, procurando continuamente ter um papel estratégico e determinante na concepção, gestão e colaboração em programas de melhoria contínua da qualidade, otimizando a resposta da equipa de enfermagem, seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional, sempre com o intuito de desenvolver o autoconhecimento e a assertividade assim como a fundamentação da praxis clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Desta forma, penso ter contribuído, certamente, para a promoção de um exercício profissional baseado na autonomia, competência e responsabilidade evidenciando o impacto e a importância dos cuidados de enfermagem de reabilitação, quer perante os próprios enfermeiros, quer perante os clientes, outros profissionais e decisores políticos, contribuindo assim para a melhoria continua dos cuidados de enfermagem e para a qualidade em saúde.

No decorrer do estágio final, a minha prática assentou num corpo de conhecimentos do domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das práticas de cuidados de reabilitação que respeitem os direitos humanos, analisem e interpretem situações específicas de cuidados especializados, assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os utentes, contribuído assim, para a qualidade dos resultados e permitindo alcançar o objectivo proposto.

A minha prestação como aluna ocorreu sempre de forma a respeitar e actuar segundo as normas éticas e estabelecer uma comunicação efectiva e adequada com a equipa multidisciplinar, promovendo o relacionamento interpessoal e facilitando o processo de ensino/aprendizagem. No que respeita a articulação com a equipa, existiu sempre uma perfeita comunicação entre os enfermeiros de reabilitação deste serviço e a restante equipa favorecendo a minha atuação na reabilitação do utente, quer na transmissão de conhecimentos e no esclarecimento de dúvidas da equipa.

Para além do referido anteriormente, também a capacidade reflexiva foi uma das metas alcançadas enquanto aluna, através de uma reflexão diária do meu desempenho e da elaboração do respectivo projecto e presente relatório, conduzindo ao desenvolvimento de estratégias que permitem mobilizar conhecimentos e adquirir competências na área gestão dos cuidados de saúde.

Relativamente à orientação do estágio, penso que foi adequada, na medida em que estive em contacto com pessoas com bons conhecimentos teórico-práticos na área da gestão de cuidados. Tentei que todas as vivências fossem oportunidades explorando-as de forma positiva, com troca de impressões com os orientadores e com os membros da equipa e reflexões pessoais, sobre os mais variados acontecimentos vividos. Por tudo o que foi anteriormente descrito, considero ter atingido os objectivos delineados nos projectos de estágio pelo que o resultado final desta experiência foi bastante satisfatório.

9 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mudanças ocorridas associadas aos processos de saúde-doença e de desenvolvimento ao longo do ciclo de vida, tornam as pessoas mais vulneráveis e expostas a riscos que potencialmente, afectando a sua saúde, o seu bem-estar e a sua qualidade de vida (Petronilho, 2012).

A responsabilidade social do enfermeiro de reabilitação na melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência/incapacidade, são um todo uno e indivisível. A grande responsabilidade e missão da reabilitação é dar mais vida aos anos, dando possibilidade que esse tempo de vida acrescido, seja rico e compatível com o desenvolvimento das pessoas. Não são somente as especificidades técnicas que caracterizam a reabilitação, mas também o seu espírito, que é sinónimo de interesse genuíno pelas pessoas, que leva o enfermeiro de reabilitação a preparar a pessoa para a melhor qualidade de vida possível.

Sendo a reabilitação tarefa de uma equipa multiprofissional alargada, ela ultrapassa em muito as funções de enfermagem, que é um dos elementos da equipa, que contudo é imprescindível e tem uma função insubstituível. Hesbeen, (2003: 52) define-a como “ a ciência e a arte da gestão dos obstáculos potencialmente geradores de desvantagens” recorrendo-se por isso de três “R” reeducação funcional respiratória, reinserção social e reintegração profissional.

Assim a enfermagem de reabilitação é uma das especializações de enfermagem, com grande responsabilidade na vida das pessoas e sociedade, pois constitui um marco fundamental para a recuperação da função do utente, durante o encontro e acompanhamento das suas situações, desde as fases iniciais, até às fases mais tardias de evolução das situações, ao mesmo tempo que contribui para um sistema de saúde mais eficaz e humano. Daí, que a garantia do seu acesso e a gestão destes cuidados deva ser uma preocupação crescente nas instituições e sociedade. Deste modo, reconheço que a elaboração deste projecto/relatório e de

extrema pertinência e utilidade proporcionando aos enfermeiros de reabilitação uma visibilidade social específica.

Julgo ter conseguido com a elaboração deste projecto/relatório, ter alcançado os objetivos que tracei para o desenrolar deste estágio final, do mesmo modo que todas as estratégias/atividades realizadas me enriqueceram tanto a nível profissional como pessoal, permitindo solidificar o caminho a seguir, contribuindo para a auto-reflexão e aquisição de um vasto campo de novos conhecimentos que sem dúvida irão orientar de forma diferente, o meu futuro pessoal e profissional, bem como o das pessoas e famílias de quem cuido diariamente.

É nos pequenos passos dados, diariamente e em conjunto, que a profissão de enfermagem se renova, constituindo grandes passos da vida.

10 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antunes, A., Monteiro, C., Queiroz, F., Arcadinho, I., Mestrinho, J., (2009) *A pessoa em situação crítica. Roteiro holístico de instrumentos de avaliação*. Revista Percursos. N. 11 Janeiro-Março. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal
- Araujo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A. & Pinto, C. (2007, Julho-Dezembro). *Validação do índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Vol. 25. N.º 2. 59-66
- Benvegnu, A., Gomes L., Souza, C. (2008). *Avaliação da medida de independência funcional de indivíduos com sequelas de acidente vascular encefálico (AVC)*. Revista Ciência & Saúde. Porto Alegre. Vol. 1. nº 2. Julho/Dezembro. 71-77.
- Branco, R. (2012) *Fatores explicativos dos resultados obtidos na Medida de Independência Funcional aplicada a doentes com lesão neurológica*. Tese de mestrado não publicada. Escola Nacional de Saúde Pública. Mestrado em Gestão da Saúde. Lisboa
- Cardoso, A. & Ashley, A. (2002) *A responsabilidade social nos negócios: um conceito em construção*. em: Ashley, A. Ética e Responsabilidade Social nos Negócios. Saraiva. São Paulo.
- Carochinho, C., Martinho, A., Barbas, L., Alminhas, S. (2012). *Intervenção do enfermeiro perante o doente com compromisso da mobilidade*. Revista Nursing digital, 11 de Março 2013.
- Carrilho, M. & Gonçalves, C. (2005). *Dinâmicas Territoriais do Envelhecimento: análise exploratória dos resultados dos Censos 1991 e 2001*. Revista de estudos demográficos, (36), 175-191.
- Carvalhosa, S., Domingos, A. e Sequeira, C. (2010), *Modelo lógico de um Programa de Intervenção Comunitária*. In Scielo acedido em Outubro 2014 em
-

http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312010000300008&lng=pt&nrm=iso

- Cerveira, J. (2011). *Independência funcional nos doentes com AVC: determinantes socio-demográficas e clínicas*. Dissertação de mestrado não publicada. Escola Superior de Saúde de Viseu. Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Viseu.
- Chadwick M. (2010) *Providing Excellent Service for Those With Mobility Impairment*, Nursing & Residencial Care.
- Coelho, R. (2011). *Determinantes da capacidade funcional do Doente após Acidente Vascular Cerebral* – Dissertação de mestrado não publicada. Escola Superior de Saúde de Viseu. Mestrado em enfermagem de reabilitação. Viseu
- Corhay J, Nguyen D, Louis R. (2012, Maio). *Should we exclude elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease from a long-time ambulatory pulmonary rehabilitation programme?*. Journal Of Rehabilitation Medicine. Official Journal Of The UEMS European Board Of Physical And Rehabilitation Medicine.nº 44. 466-472.
- Cruz, A. (2008). *Enfermagem de Reabilitação uma mais valia nos Cuidados Continuados*. Sinais Vitais. nº 79. Julho.
- Direcção Geral da Saúde (2012). *Plano nacional de saúde 2012-2016*. Lisboa. DGS.
- Direcção Geral da Saúde (2008). *Pandemia de Gripe – Plano de Contingência Nacional do Sector da Saúde para a pandemia da gripe*. (2ªed.), Lisboa: DGS.
- Duncan, P., Zorowitz, R., Bates, B. Choi, J., Glasberg, J., Graham, G., Katz, R., Lamberty, K. & Reker, D. (2005). *Management of adult stroke rehabilitation care: a clinical practice guideline. Stroke*. In American Heart Association. Acedido em 25 de Outubro de 2014 em <http://stroke.ahajournals.org/content/36/9/e100.full>
- Farias, N. & Buchala, C. (2005). *A Classificação Internacional Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial de Saúde: Usos e prespectivas*. Revista brasileira de epidemiologia. Vol. 8. nº2. 187-192.

- Fontes, A. (2009). *Satisfação profissional dos enfermeiros... Que realidade? Serviço de cuidados intensivos Versus Serviço de medicina*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar Universidade do Porto. Acedido em 25 de Outubro de 2014 em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20175/2/Dissertao%20de%20Mestrado%20CE%20Ana%20Fontes%202009.pdf>
- Fortin, M. (1999). *Processo de Investigação: da concepção à realização*. Edições Técnicas. Loures.
- Gomes, A. & Moretti, S. (2007). *A Responsabilidade e o Social – uma discussão sobre o papel das empresas*. Editora Saraiva. São Paulo
- Granger C. Hamilton B. & Keith R. (1986). *Advances in functional assessment for medical rehabilitation: topics in geriatric rehabilitation*. Rockville. Aspen
- Greve, J. (2007). *Tratado de medicina de reabilitação*. São Paulo. Roca
- Imperatori, E. e Giraldes, M. (1993). *Metodologias do planeamento em saúde*. Lisboa. Obras Avulsas.
- Heitor, M. C., (1998). *Reeducação funcional Respiratória*. Lisboa. Boeringer Ingelheim.
- Hesbeen, W. (2010). *A reabilitação: Criar novos caminhos*. Lisboa. Lusociência
- Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação: criar novos caminhos*. Loures. Lusociência.
- Hesbeen. W. (2001). *Qualidade em enfermagem – Pensamento e Ação na perspectiva do cuidar*. Loures. Lusodidacta.
- Hoeman S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados*. (4ª ed.): Lusociência
- Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de reabilitação: Processo e aplicação*. 2ª ed. Loures: Lusociência.
- Instituto Nacional de Estatística, (2012). *Relatório do Grupo de trabalho de estatísticas da saúde*. Conselho Superior de Estatística. Lisboa

- Lira, A., Marins, J., Fonseca, A. & Coutinho, N (2013, Maio) *Responsabilidade Social da Enfermagem e Política de Humanização em Saúde*. Comunicação apresentada na 44ª Jornada Maranhense de Enfermagem e 74ª Semana Brasileira de Enfermagem, São Luis – Brasil
- Magalhães, M. (2009). *O processo de cuidados de enfermagem à pessoa com deficiência ventilatória crónica - DPOC : da evidência científica à mudança das práticas*. Revista Sinais vitais. 20. Agosto. 26-39.
- Matos, E. T. (1997). *A colaboração escola-serviços*. Revista Nursing. Ano 10. nº 114.
- Marques, F. (2012) *Independência funcional do doente pós AVC*. Tese de mestrado não publicada. Escola Superior de Saúde de Viseu. Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Viseu
- Melin, R. & Fugl Meyer, A. (2003). *On prediction of vocational rehabilitation outcome at a Swedish employability institute*. Journal of Rehabilitation Medicine. Nº. 35. 284-289
- Mendes, L. & Ribeiro, S. (2007, Janeiro). *A reabilitação no processo de cuidados de enfermagem*. Nursing. 36-39
- Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa com AVC – Contributos para um envelhecer Resiliente*. Loures. Lusociência.
- Monahan F, Sands J, Neighbors M, Marek J, Green G. (2009). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Perspectivas de Saúde e Doença*. Vol. I. Loures. Lusodidacta.
- Nicolau, I. (2001). *O conceito de estratégia*. In site do professor. acedido em 26 Outubro de 2014 em <http://fit2.fit.br/sitedoprofessor/professor/link/20090820175441conceito%20estrategia.pdf>
- Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (2011). *Relatório do Observatório das Doenças Respiratórias 2011 – Desafios e oportunidades em tempos de crise*. Fundação Portuguesa do Pulmão
- Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. (2009). *Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias 2009 – Saúde respiratória uma*

responsabilidade global. Fundação Portuguesa do Pulmão

Oh, H.; Seo, W. (2007). *Meta-analysis of the effects of respiratory rehabilitation programmes on exercise capacity in accordance with programme characteristics*. Journal Of Clinical Nursing.16. 3-15.

Ordem dos Enfermeiros. (2011a) *Regulamento n.º 125/2011 – Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Diário da República, 2ª Série n.º 35. 18 de Fevereiro.

Ordem dos Enfermeiros. (2011b) *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2009) *Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vertebro-medular – Guia Orientador de Boa Prática*. Cadernos OE, Série I, N.º 2. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2002) - *Divulgar: padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (1996) *Regulamento do exercício profissional do enfermeiro- Dec-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro*. Diário da República, 1ª Série-A n.º 205. 4 de Setembro.

Paranhos, W. & Santos, V. (1999). *Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da Escala de Braden, na língua portuguesa*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 33, n.º especial. 191-206.

Parreira, P. (2005). *Organizações*. Coimbra. Formasau – Formação e Saúde Lda.

Pereira, F. (2011). *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros*. Dissertação de doutoramento. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da

Universidade do Porto. Porto.

- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem*. 1ª edição. Coimbra: Formasau,
- Pinho, D., Fagundes D., Uesugui, H. (2011). Perfil e grau de dependência de idosos e sobrecarga de seus cuidadores. *Acta Paulina de Enfermagem*, (24),689-94.
- Puhan M, Scharplatz M, Troosters T, Steurer J. (2005). *Centre for Reviews and D. Respiratory rehabilitation after acute e xacerbation of COPD may reduce risk for readmission and mortality: a systematic review*. In *Respiratory Research*. Acedido a 25 de Outubro de 2005 em <http://respiratory-research.com/content/6/1/54>
- Queiroz, A. (2007). *As Competências dos Profissionais de Enfermagem: Como as Afirmer e as Desenvolver*. In *Fórum Enfermagem*. Acedido em 26 Outubro 2014 em <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CC EQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.anaqueiros.com%2Fapp%2Fdownload%2F5820150262%2FAS%2BCOMPET%25C3%258ANCIAS%2BDOS%2BPROFISSIONAIS%2BDE%2BENFERMAGEM.pdf%3Ft%3D1381678406&ei=oW2LVPqMF87davvEgOAE&usg=AFQjCNG4jdgIovzwBFvSHUcjSQZIWckd0A&sig2=r7iWER09xfcEcU21p62VYw&bvm=bv.81828268,d.d2s>
- Riberto, M., Miyazaki, M., Jucá, S., Sakamoto, H., Pinto, P. & Battistella, L. (2004) *Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional*. *Acta Fisiátrica*. Vol.11, nº2. 72-76.
- Rocha, B. (2011). *Gestão em enfermagem: O papel do enfermeiro especialista de reabilitação*. In *Hospital do Futuro*. Acedido em 25 de Outubro de 2014 em <http://www.hospitaldofuturo.com/profiles/blogs/gestao-em-enfermagem-o-papel>
- Romão, F., Dias, L. e Cordeiro, M. (2006). *Ser enfermeiro Especialista em Reabilitação*. *Revista Portuguesa de enfermagem*. nº 6 Abril-Junho.
- Santos A, Oliveira I, Silveira T. (2010). *Mobilização precoce em UCI*. *Salutis Scientia - Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*. 19-24.

- Santos, B. (2003). Um discurso sobre as ciências. 14ª Edição. Porto. Edições Afrontamento
- Santos, E. (2009). *A Aprendizagem pela Reflexão em Ensino Clínico - Estudo Qualitativo na Formação Inicial em Enfermagem*. Tese de mestrado. Universidade de Aveiro, Departamento de Didática e Tecnologia Educativa. Aveiro.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Serra, S. (2007, Março). *A importância da gestão na imagem profissional*. Nursing, 219, 17-20.
- Silva, A. (2011). *Plano de reabilitação Neuromotora do membro superior num indivíduo com Acidente Vascular Cerebral*. Revista Portuguesa de Medicina Intensiva. Vol. 18, nº3.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa. Edição Ministério da Saúde. Departamento de Recursos Humanos da Saúde.
- Teixeira, J., Camargo, F., Tronchin, D., Melleiro, M. (2006). *A elaboração de indicadores de qualidade da assistência de Enfermagem nos períodos puerperal e neonatal*. Revista Enfermagem- UERJ. v 14. n.2. Rio de Janeiro. 271-278
- Teixeira-Salmela, L., Silva, P., Lima, R., Augusto, A., Souza, A. & Goulart, F. (2003). *Musculação e condicionamento aeróbio na performance funcional de hemiplégicos crónicos*. Acta Fisiátrica. Vol.10, Nº 2, Agosto. 54-60.
- Trentini, M., Paim, L. & Vásquez, M. (2011). *A responsabilidade social da enfermagem frente á política da humanização em saúde*. Revista Colômbia Médica. Vol. 42. Nº 2. Abril-Junho.
- Valente, G. & Viana, L. (2009). *Da formação por competências à prática docente reflexiva*. Revista Iberoamericana de Educación nº 28/4. Fevereiro.
- World Health Organization (2011). *World report on disability – 2011*. Malta, WHO Library cataloguing in Publication Data.
- World Health Organization (2006). *Neurological Disorders – Public Health Challenges*. In World Health Organization. Acedido a 25 Outubro de 2014 em http://www.who.int/mental_health/neurology/neurodiso/en/index.html.

ANEXOS

ANEXO I

Decreto de Lei 437/91, artigo 7

Decreto de Lei 437/91, artigo 7

“... Ao enfermeiro especialista compete desempenhar o conteúdo funcional inerente às categorias de nível 1 e ainda o seguinte:

- a) Prestar os cuidados de enfermagem que requerem um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades, atuando especificamente, junto do doente (indivíduo Família ou Grupos) em situações de crise ou risco, no âmbito da especialidade que possui;
- b) Estabelecer prioridades de intervenção do enfermeiro no atendimento do doente em situação de urgência;
- c) Definir e utilizar indicadores que lhe permitam, assim como á equipa de enfermagem, avaliar de uma forma sistémica, as mudanças verificadas na situação de saúde do utente (indivíduo Família, Grupos e comunidade) e introduzir as medidas corretivas necessárias;
- d) Responsabilizar-se pela área de enfermagem, nas equipas multiprofissionais, no que diz respeito ao diagnóstico de saúde da comunidade e á consecução das intervenções de enfermagem dele decorrentes;
- e) Emitir pareceres sobre localização instalações e equipamento, pessoal e organização de unidades prestadoras de cuidados, na área da sua especialidade;
- f) Colaborar na determinação de custos/benefícios na área da prestação de cuidados;
- g) Responsabilizar-se pela formação em serviço do pessoal de enfermagem e outro pessoal da unidade de cuidados, elaborando em articulação com o enfermeiro chefe, o respetivo plano anual de atividades;
- h) Elaborar o relatório de atividades de formação em serviço;
- i) Colaborar nos projetos de formação realizados no estabelecimento ou serviço;
- j) Realizar ou elaborar um trabalho de investigação em enfermagem, visando a melhoria dos cuidados de enfermagem.”

ANEXO II

Escalas de Avaliação e Registos de Enfermagem de Reabilitação

GRAU DE DEPENDÊNCIA AVD'S - ÍNDICE DE BARTHEL

Auto cuidado	Categorias	_/_/
Comer	10 - Totalmente Independente – leva a comida à boca	
	5 - Necessita de ajuda – precisa de ajuda para cortar os alimentos	
	0 - Dependente – incapaz de se alimentar	
Lavar-se	5 - Independente – entra e sai sozinho do banho	
	0 - Dependente – Precisa de ajuda para lavar mais do que uma parte do corpo ou não se lava sozinho	
Arranjar-se	5 - Independente – lava o rosto, mãos, penteia-se, lava os dentes sem ajuda	
	0 - Dependente – necessita de ajuda para se arranjar	
Vestir-se	10 - Independente – veste e despe a roupa, abotoa, aperta fechos cintos e sapatos	
	5 - Necessita de ajuda – veste e despe a roupa parcialmente	
	0 - Dependente – não se veste ou despe sozinho	
Eliminação intestinal	10 - Continência normal	
	5 - Episódios de incontinência – episódios ocasionais, necessita de ajuda para administrar supositórios	
	0 - Incontinente	
Eliminação vesical	10 - Continência normal	
	5 - Um episódio diário	
	0 – Incontinência	
Ir ao sanitário	10 - Independente – para ir ao sanitário, retirar e colocar a roupa	
	5 - Necessita de ajuda – para ir ao sanitário, mas limpa-se sozinho	
	0 - Dependente	
Transferir-se	15 - Independente – para ir da cadeira para a cama	
	10 - Necessita de ajuda – mínima para o fazer	
	5 - Necessita de ajuda significativa para o fazer – mas mantém-se sentado sozinho	
	0 - Dependente	
Deambular	15 - Independente – caminha sem ajuda cerca de 50 metros	
	10 - Necessita de ajuda – física ou supervisão para caminhar 50 metros	
	5 - Move-se em cadeira de rodas sem ajuda	
	0 - Dependente	
90- 100 Pontos - Independente; 60- 90 Pontos - Ligeiramente dependente;		

Escala de Medida de Independência Funcional

MOTORA			Admissão	___/___/___	Alta ___/___/___
Auto cuidado	Alimentação				
	Higiene pessoal				
	Banho				
	Vestir a parte superior do corpo				
	Vestir a parte inferior do corpo				
	Ir à casa de banho				
Controle de esfínteres	Controle vesical				
	Controle intestinal				
Mobilidade (Transferências)	Cama, Cadeira, cadeira de rodas				
	Sanitário				
	Banheira, chuveiro				
Locomoção	Marcha / cadeira de rodas				
	Escadas				
SUBSCORE MOTOR SUBTOTAL					
COGNITIVA					
Comunicação	Compreensão	Auditiva			
		Visual			
		Ambas			
	Expressão	Vocal			
		Não vocal			
		Ambas			
Cognição social	Interacção social				
	Resolução de problemas				
	Memória				
SUBSCORE COGNITIVO SUBTOTAL					
TOTAL DO SCORE MOTOR E COGNITIVO					

Fonte: Hoeman (2011)

NIVEIS	7. Independência Completa (em segurança, em tempo normal)	SEM AJUDA
	6. Independência modificada (ajuda técnica)	
	Dependência Modificada 5. Supervisão	AJUDA

	4. Ajuda mínima (Indivíduo $\geq 75\%$) 3. Ajuda moderada (Indivíduo $\geq 50\%$) Dependência Completa 2. Ajuda máxima (Indivíduo $\geq 25\%$) 1. Ajuda total (Indivíduo $\geq 0\%$)	
--	---	--

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO					
RFR	RFM	_/ _/ _	_/ _/ _	_/ _/ _	_/ _/ _
Dissociação dos tempos respiratórios	Levante /Transferências				
Respiração lábios semi-cerrados	Posicionamentos				
Respiração segmentar (Ventilação dirigida)	Exercícios de mobilização e terapêuticos • Ponte • Facilitação cruzada • Automobilizações • Rolamento				
Exercícios de Tonificação Abdomino-diafragmática					
Espirómetro de Incentivo					
Exercícios de Reeducação costal	Estimulação Sensorial				
Humidificação de secreções	Correcção postural e equilíbrio				
Aspiração de secreções	Treino de Marcha				
Ensino da Tosse	Massagem-				

Percussão / Vibração / Compressão	Treino de AVD'S				
Outros:	Outros:				
Outras Observações:					

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Nome do doente: _____		Nome do avaliador: _____		Data da avaliação: _____	
Serviço: _____		Cama: _____		Idade: _____	
Percepção sensorial Capacidade de reacção significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.	
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudoreses, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.	
Actividade Nível de actividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.	
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.	
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lactíneos). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a sonda durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lactíneos. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lactíneos). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lactíneos). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.	
Fricção e forças de deslize	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Desliza frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasmodicidades, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente desliza.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.		
Nota: Quanto mais baixo for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.					Pontuação total

© Copyright Barbara Braden and Nancy Bergstrom, 1966

ANEXO III

Mapa de movimentos de doentes do

Serviço de Medicina I do HESE

Movimento de doentes de 01/03/2013 a 30/06/2013

Hospital Espírito Santo-Évora E.P.E.

Elaborado em 14/08/14 as 14:40

Ministerio da Saude - IGIF

Pag. 1/1

INTERNAMENTO
MOVIMENTO DE DOENTES
Serviço Físico

Período de 01/03/2013 a 30/06/2013

MEDICINA

	Localização	Exist. em 01/03/13	Entradas			Saídas			Exist. em 30/06/13	Dias Int.	Dias I.S.	Demora Média	Taxa de Ocupação	D. T. Casa
			Urg.	Cons.	Transf.	Out.	Total Direct.	Falec. Tr/Int.						
MEDICINA 1	29	29	27	335	38	57	0	430	354	58	3	14	429	28
MEDICINA 2	29	29	28	318	20	65	0	403	327	59	2	23	402	29
Total	58	58	55	653	58	122	0	711	681	108	5	37	794	57
Total global	58	58	55	653	58	122	0	711	681	108	5	37	794	57

..

Movimento de doentes de 01/03/2014 a 30/06/2014

Hospital Espírito Santo-Evora E.P.E.																												
Ministerio da Saude - IGIF																												
Pag. 1/1																												
INTERNAIMENTO																												
MOVIMENTO DE DOENTES																												
Serviço Físico																												
Período de 01/03/2014 a 30/06/2014																												
Unidade	Tubacao	Médico	Entradas		Saídas		Médico		D. T.																			
			Reg.	Quem. Transf.	Out.	Total	Direct.	Filer. Refus.																				
01/03/14 30/06/14 30/06/14																												
Total																												
MEDICINA 1	25	29	25	140	37	83	6	46	1	23	83	23	323	339	51	18	16											
	25	29	37	243	21	66	1	249	306	39	1	38	375	3237	8	75	13											
Total										58	58	53	613	38	146	1	792	718	39	613	39	609	6202	8	11	51	24	14
Total Global										58	58	53	613	38	146	1	792	718	39	613	39	609	6202	8	11	51	24	14